



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

**MULTICULTURALIDADE NO TRABALHO DE PARTO:
COMPETÊNCIA CULTURAL DO ENFERMEIRO COMO
FACTOR FACILITADOR NA TRANSIÇÃO PARA A
PARENTALIDADE DA MULHER IMIGRANTE**

DEOLINDA DO CARMO ROLDÃO LEAL WENNBORG

2013

Deolinda C



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

**Multiculturalidade no Trabalho de Parto:
competência cultural do Enfermeiro como
facilitador na transição para a parentalidade na
mulher imigrante**

DEOLINDA DO CARMO ROLDÃO LEAL WENNBORG

ORIENTADO POR:

MARIA ANABELA FERREIRA DOS SANTOS

2013

Deolinda C

Agradeço a todos que tornaram possível
o culminar desta árdua jornada.
Só com o vosso incentivo, paciência, disponibilidade
e colaboração foi possível chegar a bom porto.
A todos vós o meu bem-haja!

RESUMO

Portugal nas últimas décadas tem vindo a reforçar o seu carácter de país de acolhimento de pessoas de diversas culturas, esta tendência encontra-se bem espelhada nos concelhos de Amadora e Sintra. Estes concelhos correspondem à área de influência do Hospital da Região dos Concelhos de Amadora e Sintra, sendo que a população imigrante representa actualmente cerca de 40% dos partos deste hospital. A maioria é proveniente dos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP), da Europa de Leste e do Brasil.

Os enfermeiros são cada vez mais confrontados com situações em que a influência do aspecto cultural é cada vez maior, nomeadamente em situações de crise/períodos de adaptação, como a gravidez, o trabalho de parto, o parto e a parentalidade, exigindo destes a aquisição de novas competências comunicacionais e culturais. Como principais objectivos do projecto, pretendeu-se compreender se os enfermeiros especialistas em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia (EESMOG), enquanto grupo de profissionais de saúde, estão sensibilizados para a integração da multiculturalidade nas suas práticas e se a aquisição de competências transculturais podem contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem, permitindo, deste modo, beneficiar as parturientes e familiares nas suas vivências durante o Trabalho de Parto (TP), o parto e no processo de transição para a parentalidade.

Para compreender e descrever a situação, procedeu-se a implementação de um projecto com base na revisão sistemática da literatura e na realização de um pequeno estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa. Optou-se como instrumentos de colheita de dados, pelo questionário com perguntas abertas associado à observação participante. Os participantes que também foram alvo de observação, eram 9 EESMOG que trabalhavam no Bloco de partos do referido hospital.

Após análise dos dados, conclui-se com a implementação do projecto que a competência cultural individual não é condição suficiente para a prestação de cuidados culturalmente competentes. O comportamento do EESMOG é influenciado pela cultura organizacional da instituição de saúde, sendo condicionado por normas, regulamentos, tipos de liderança, políticas administrativas, estrutura hierárquica e padrões de desempenho. Os cuidados prestados à mulher em TP, parto e puerpério imediato eram também condicionados pela tecnologia (instrumentos e métodos

utilizados), fazendo-o comprometer-se com interesses colectivos. **Palavras-chave:** *Competência cultural do EESMOG, Cuidado Transcultural, Sala de Partos*

ABSTRACT

In recent decades, Portugal has strengthened the character of the host country of people from diverse cultures, and this trend is well reflected in the counties of Amadora and Sintra. These counties correspond to the area of influence of a Hospital of the counties of Amadora and Sintra, and the immigrant population currently represents about 40% of deliveries in this hospital. The majority are from Portuguese-speaking African Countries (PALOP), Eastern Europe and Brazil.

Nurses are increasingly faced with situations in which the influence of the cultural aspect are increasing, particularly in crisis situations / adaptation periods, such as pregnancy, labor, birth and parenting, requiring from these professionals the acquisition of new communicational and cultural skills. As main objectives of the project, it was intended to understand whether midwives, as a group of health professionals, are sensitized to integrate multiculturalism into their practices and whether transcultural skills acquisition may contribute to improve the quality of nursing care, thereby enabling the midwives to help the mothers and families in their experiences during labor, delivery and throughout the transition to parenthood.

To understand and describe the situation, it was designed a project and its completion based on the systematic review of literature and a small exploratory and descriptive study, of qualitative approach. It was chosen as instruments of data collection, the questionnaire with open questions associated to a participant observation. The participants, who were also the target of observation, were 9 midwives working in the Delivery Room Unity of the hospital.

After analyzing the data, the main conclusion of this project was that the individual cultural competence is not sufficient to provide culturally competent care. The midwife behavior is influenced by the organizational culture of the health institution, being conditioned by rules, regulations, types of leadership, administrative policies, hierarchical structure and performance standards. Also, the care provided to women in labor, delivery and postpartum were conditioned

by technology (tools and methods), making the midwife commit to collective interests.**Keywords:** *Cultural competence of midwives, Transcultural Care, Delivery Room*

ÍNDICE

	Nº página
RESUMO	
INTRODUÇÃO	1
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
1.1 – Enquadramento da problemática	4
1.2 – Quadro Conceptual	8
1.2.1 – A teoria da Transculturalidade	8
1.2.2 – A Competência Cultural	13
1.2.3 – Revisão Sistemática da Literatura	15
2 – METODOLOGIA	19
2.1 – Tipo de Estudo	19
2.2 – Contexto e Selecção dos participantes	20
2.3 – Procedimentos Ético-legais	21
2.4 – Recolha de dados	22
2.4.1 – Instrumentos de colheita de dados	22
2.4.2 – Recursos	23
2.5 – Limitações do projecto	23
2.6 – Análise dos dados	24
3 – RESULTADOS	25
3.1 – Caracterização dos participantes	25
3.2 – Análise dos dados e discussão dos resultados	25
3.2.1.- Importância atribuída pelos EESMOG à integração da mulher imigrante	26
3.2.1.1- Influência das crenças e valores no trabalho de parto	26
3.2.1.2 - Importância da competência cultural	26
3.2.1.3 – A Integração de valores culturais no contexto laboral	26
3.2.1.4- O conhecimento sobre as políticas de saúde em Portugal relacionadas com a multiculturalidade	27

3.2.2.- Aquisição de competência cultural como factor facilitador na transição para a Parentalidade da mulher imigrante	28
3.2.2.1 – Estratégias para transpor a barreira linguística	28
3.2.2.2 – Estratégias para apoiar a tomada de decisão	29
3.2.2.3 – Actividades para aumentar a competência cultural	30
3.2.3 - Factores inibidores à integração da mulher imigrante	31
3.2.3.1 – Conhecimentos sobre as expectativas das mulheres de culturas diferentes	31
3.2.3.2 – Dificuldades sentidas	32
3.2.3.3 – Formação específica	33
3.2.3.3 – O autoconhecimento	34
3.2.4 – Análise dos dados recolhidos através da observação participante das medidas integradoras implementadas no BP	35
3.2.4.1 – Acolhimento	35
3.2.4.2 – Deambulação	36
3.2.4.3 – Musicoterapia	37
3.2.4.4 – Divulgação de informação	38
3.3 - Conclusões do estudo	38
 4 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	 41
4.1- Contextualização do EC	41
4.2– Cuidados à mulher/família durante o TP	43
4.3– Cuidar do RN/puérpera/família	49
4.4– O Cuidar cultural	50
4.5– Reflexão	52
 5 – CONCLUSÃO	 53
Projectos para o futuro	56
 6 – BIBLIOGRAFIA	 57

ANEXOS

Anexo I - Preâmbulo do Regulamento n.º 127/2011 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia descritas pela OE

Anexo II - Competências referidas pelo *International Council of Midwives* (IMC) em 2002

Anexo III – Autorização para realização do estudo no HRCAS

APÊNDICES:

Apêndice I - Cronograma

Apêndice II - Revisão Sistemática da Literatura

Apêndice III - Consentimento informado para os participantes e questionário

Apêndice IV - Guia de observação

Apêndice V - Diário de Aprendizagem I

Apêndice VI - Diário de Aprendizagem II

Apêndice VII – Folheto para os profissionais sobre a cultura chinesa

ÍNDICE DE QUADROS

Nº página

Quadro 1 – O modelo *Sunrise*: Diversidade e universalidade do Cuidar Cultural

10

Quadro 2 – Elaboração das palavras-chave a partir da questão em formato PI[C]O

15

Quadro 3 – Fluxograma da Revisão Sistemática da Literatura

17

SIGLAS

ACIDI – Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, I. P.

ACIME – Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas

CIC – Comissão de Investigação Clínica

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CTG – Cardiotocografia

EC – Ensino clínico

EESMOG - Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia e Ginecologia

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HRCAS - Hospital da Região dos Conselhos de Amadora e Sintra (HRCAS)

IA – Índice de Apgar

IMC - International Council of Midwives

OE – Ordem dos Enfermeiros

OL – Orientador local

P - Participante

TP – Trabalho de parto

RN – Recém-nascido

RSL - Revisão Sistemática da Literatura

SUGO - Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica

UCIEN - Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais em Neonatologia

UNESCO - United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

INTRODUÇÃO

De modo a prosseguir o percurso que delineou-se como sendo o um objectivo profissional, foi importante frequentar um curso de especialização que permitisse a aquisição de competências específicas para prestar cuidados de Enfermagem de excelência e com o qual a mestranda se identificasse. Estas competências estão definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), publicadas no Diário da República, nos seguintes termos:

“Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.”
(Regulamento n.º 122/2011: 8648)

Inerente ao 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, foi solicitado a elaboração de um Relatório de Estágio que reflectisse o trabalho desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular “Estágio com Relatório”, do qual fazia parte integrante o Ensino Clínico em contexto de Bloco de Partos. O Ensino Clínico (EC) teve uma duração de 20 semanas, decorrendo entre 27 de Fevereiro e 27 de Julho de 2012 no Hospital da Região dos Concelhos de Amadora e Sintra (HRCAS), no Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica (SUGO).

Neste EC pretendeu-se consolidar a teoria através do desenvolvimento de competências, capacidades técnico-científicas na área de especialização em Saúde Materna e Obstetrícia inerentes aos cuidados de saúde da grávida internada por patologia, em trabalho de parto e parto, bem como da puérpera/RN no período neonatal. As competências que pretendia desenvolver estão descritas nos objectivos preconizados pelo “Guia orientador do Estágio com Relatório”, elaborado pela escola, pelas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMOG) descritas pela OE em 2010 (Anexo I) e pelas competências referidas pelo *International Council of Midwives* (IMC) em 2010 (Anexo II).

Norteando-se pelos documentos acima mencionados, propôs-se atingir, durante o EC, os seguintes objectivos:

- Prestar cuidados à mulher, inserida na família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto, em ambiente seguro, identificando eventuais situações de risco, dominando as situações de urgência obstétrica e actuando em conformidade.
- Prestar cuidados de enfermagem especializados, no sentido de otimizar a saúde da puérpera e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina, em contexto de BP, tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar da mulher/recém-nascido (RN) /família no puerpério e período neonatal, de forma a contribuir para a diminuição da morbilidade e da mortalidade materna, perinatal e neonatal.
- Adequar os cuidados atendendo às particularidades culturais da mulher / RN / família, prestando cuidados de saúde competentes de elevada qualidade, que inclua o trabalho com a mulher e profissionais de saúde para que se ultrapassem barreiras culturais que prejudicam a Mulher e o RN.

Para além do desenvolvimento das competências do EESMOG, para a obtenção do grau de Mestre foi solicitado a elaboração de um trabalho de Projecto baseado na metodologia científica com o objectivo de aprofundar uma temática/problemática, fundamentada numa reflexão sobre os interesses pessoais do aluno e competências a desenvolver de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados na prática de enfermagem, sendo o tema para o Relatório de Estágio a competência cultural do enfermeiro perante a crescente diversidade cultural e os problemas que esta acarreta.

A competência cultural dos profissionais de saúde tem vindo a tornar-se indispensável devido ao crescimento das desigualdades na saúde nas populações migrantes e diversidade populacional. Quer em meio hospitalar, quer em Cuidados de Saúde Primários (CSP), a diversidade cultural é percebida como algo que pode interferir com os comportamentos na saúde/doença e comportamentos de procura de saúde. Estes comportamentos têm um impacto na saúde da comunidade, tornando-se relevante o tema: **“Multiculturalidade no trabalho de parto: competência cultural do enfermeiro como factor facilitador na transição para a parentalidade da mulher imigrante”**.

Esta temática foi o ponto de partida que levou a formular a seguinte questão:

“ Como pode a competência cultural do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia contribuir para a melhoria dos cuidados, à mulher imigrante, durante o trabalho de parto?”

Desconstruindo esta questão, outras foram surgindo:

- a) Qual é a percepção do enfermeiro face à integração da mulher imigrante/políticas de integração multiculturais?
- b) De que forma é que ele ajusta esta realidade ao contexto laboral e quais as dificuldades encontradas no estabelecimento da relação terapêutica com a mulher imigrante?
- c) Quais as estratégias utilizadas pelo enfermeiro para desenvolver competências multiculturais nos cuidados à população imigrante?

Decorrentes destas questões e da problemática, formularam-se os seguintes objectivos:

1. Analisar as dificuldades sentidas pelos ESMOG no estabelecimento de uma relação terapêutica em situação de multiculturalidade;
2. Identificar as estratégias utilizadas pelos ESMOG para desenvolverem competências multiculturais;

Durante o EC a realização de inúmeras actividades permitiram desenvolver competências propostas na fase inicial do projecto, mobilizar e consolidar os conhecimentos/capacidades técnico-científicos na prestação dos cuidados especializados de Enfermagem em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia. Através da realização deste Relatório antevê-se a possibilidade da obtenção do título de especialista e grau de mestre, sendo a descrição das actividades realizadas, bem como o desenvolvimento pessoal, relacional e profissional outro objectivo para este ensino clínico de Bloco de Partos (BP).

De modo a uma melhor compreensão do percurso ao longo do EC o presente relatório inicia-se com o enquadramento conceptual da problemática em estudo. Na descrição da fase empírica é feita também uma caracterização sumária do serviço de BP do HRCAS para a contextualização do EC. No final apresento as considerações finais, as referências bibliográficas e os anexos.

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 – Enquadramento da problemática

Neste enquadramento teórico pretende-se organizar, aprofundar, orientar e relacionar os conceitos que se foram destacando na identificação da problemática, nomeadamente, diversidade cultural; Cuidado transcultural; competência cultural do EESMOG.

De acordo com o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF, 2011), nas últimas décadas, Portugal tem vindo a observar intensificação da população imigrante, num total de 436.822, vinda de todo o mundo, com culturas e idiomas diferentes do nosso, resultando na diversidade cultural. As comunidades estrangeiras residentes mais representativas em Portugal são provenientes dos seguintes países: Brasil (111.445); Ucrânia (48.022), Cabo Verde (43.920), Roménia (39.312), Angola (21.563) e Guiné-Bissau (18.487). Os concelhos de Amadora-Sintra, que são as áreas de afluência do HRCAS, a nível demográfico são de média dimensão, contudo, apresentam uma forte concentração de imigração, da qual 28.123 são mulheres, oriundas sobretudo dos Países Africanos de Língua Portuguesa (PALOP) (SEF, 2011).

O movimento migratório tornou-se num desafio para os profissionais de saúde não só pelo modo como as várias culturas percebem a saúde, a doença, a morte, a responsabilidade pela qualidade de vida e o sofrimento, mas também pela percepção que estas populações têm sobre os prestadores de cuidados de saúde.

Geralmente, o processo da migração das populações gera nos indivíduos um mecanismo de aproximação e difusão das culturas que se processa em vários estádios durante períodos mais ou menos alargados - de assimilação da cultura da população de acolhimento e de aculturação da população de origem (Fonseca, 2007). Segundo o mesmo autor, o processo de assimilação pode não ocasionar a perda da identidade cultural minoritária, ocasionando nos grupos minoritários o sentimento de diáspora, que se reflecte na existência de comportamentos de insegurança, nostalgia e mesmo de sofrimento.

O processo de aculturação de um indivíduo ou de um grupo pode tomar várias direcções, determinadas especialmente pela sociedade de acolhimento (ou grupo dominante) (Neto, 2003). Este processo pode tomar várias direcções, nomeadamente: a) Assimilação - quando o indivíduo

ou o grupo abandona a sua identidade cultural em prol da sociedade dominante; b) Integração - quando o grupo mantém parcialmente a sua identidade cultural mas procura participar cada vez mais na sociedade de acolhimento; c) Separação - quando o grupo deseja manter a sua identidade cultural e não procura relacionar-se com a comunidade dominante; d) Marginalização – quando o grupo perdeu a sua identidade cultural e é impedido, pelo grupo dominante, de participar na comunidade. (Neto, 2003, pág. 60-61),

A integração é um processo que envolve uma adaptação mútua entre os imigrantes e a população autóctone, no entanto, a análise de diferentes indicadores mostra que esta população imigrante e os seus descendentes são mais afectados por situações de maior precariedade social, económica, de desigualdades de acesso à educação e saúde (Machado *et al*, 2006; ACIDI, 2007).

Para responder às necessidades deste fenómeno, Portugal tem vindo a desenvolver programas nacionais, nomeadamente, o Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME), tem trabalhado na abordagem do valor da competência cultural enquanto estratégia na melhoria da qualidade na prestação de cuidados e na redução das disparidades em saúde existentes, bem como a promoção da saúde e bem-estar das populações imigrantes e de minoria étnica, incluindo para isso a perspectiva do cliente e equipas de trabalho que melhor representem a população-alvo.

Quando falamos da diversidade cultural é necessário ter presente uma definição de cultura, que segundo a *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO, 2001) deve ser entendida como “*um conjunto de dimensões espirituais, materiais, emocionais ou intelectuais de uma sociedade ou grupo particular, que se projecta na arte e literatura, nos estilos de vida, quadro de valores, tradições e crença*”.

Neste sentido, Purnell (2010) salienta a importância dos aspectos simbólicos e prescritivos que orientam uma determinada população na sua visão do mundo e nas suas tomadas de decisão. Os aspectos simbólicos englobam as crenças, representações sociais e imagens do mundo e da vida, que permitem entender os contornos das identidades culturais, das unidades sociais e dos fenómenos naturais - a saúde, as crenças e valores relativos aos cuidados de saúde estão aqui incluídos. Os aspectos prescritivos dizem respeito ao conjunto de objectivos, normas, regras e

convenções que indicam ao indivíduo e à colectividade a natureza das práticas sociais, que por sua vez estão associadas a necessidades do homem enquanto ser biológico, social e espiritual.

Actualmente, a diversidade cultural é uma realidade em Portugal, constatando-se que cerca de 50% dos imigrantes são mulheres, maioritariamente ainda em idade fértil, salientando-se aqui, as concepções sobre o corpo, o género e a sexualidade, aspectos que, “... *são estruturantes da organização social, com grande carga simbólica (representações) e consequências nas práticas sociais*” (Abreu, 2003).

Vários estudos apontam para os diversos aspectos culturais que afectam a saúde da mulher, os quais são percebidos de forma variável, diferindo de cultura para cultura, nomeadamente: as representações sobre a maternidade; a concepção de família, a ausência de planeamento familiar e a protecção face a doenças sexualmente transmissíveis; a expressão de sentimentos e a vivência da dor que surgem em processos fisiológicos normais tais como a gravidez e o parto.

A cultura cria um enquadramento onde a mulher pensa, toma decisões e age podendo-se definir como “... *um conjunto de comportamentos, crenças e costumes, um sistema de valores que se transmitem de mulher para mulher dentro do seu grupo social*” (Lauderdale, 2003, pág.29). Esta influência das crenças de saúde/doença e comportamentos de procura de saúde reflecte-se, particularmente, durante a gravidez, o parto e a parentalidade, sustentados muitas vezes por rituais de passagem que estão profundamente enraizados no contexto cultural. Os ritos são práticas culturais assentes em simbolismos, que servem para fortalecer os laços de coesão entre os membros de uma sociedade ou para a adaptação mais eficaz ao meio ambiente. Sob o ponto de vista biocultural, a análise de diversos ritos deixa entender que estes possuem um carácter compensatório face a choques e perdas, como a experiência do luto perinatal, porque o significado da vida/morte e os rituais fúnebres estão culturalmente interligados.

O parto é, sem dúvida, um momento marcante na vida de uma mulher/casal e está envolto de aspectos biológicos, psicológicos e sociais, ligados a transformações físicas e emocionais (não só no momento do parto, mas também durante toda a gravidez) (Lopes, 2009). Em todas as culturas o parto é considerado um período de transição e celebração social. O nascimento é submetido à influência da cultura, revelando-se, por exemplo, na escolha do local, nas pessoas que assistem

ou intervêm no parto, no recurso a terapêutica e equipamento médico ou à escolha de métodos naturais, na importância que é dada à dor, e na participação activa da mulher.

O nascimento é um acontecimento natural e muito vivido pelo casal/família/comunidade. Ele é submetido assim, à influência da cultura, visualizando-se, por exemplo, na escolha do local, nas pessoas que assistem ou intervêm no parto, no recurso a terapêutica e equipamento médico ou à escolha de métodos naturais, na importância que é dada à dor, e na participação activa da mulher (Lozoff *et al*, 1998).

Os enfermeiros têm presente que o conceito de “cuidar” significa coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes. Para Streubert (2002), compreender os diferentes grupos culturais pode ajudar os enfermeiros a melhorarem a sua intervenção, de modo a potencializar as estratégias já utilizadas pelos grupos.

Desenvolver capacidades para perceber a pessoa na complexa interacção das suas múltiplas dimensões, proporciona competências para o estabelecimento da relação de ajuda inerente à actividade dos enfermeiros. Segundo Leininger (2002), as intervenções de enfermagem são frequentemente optimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adopção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde.

Apesar do que foi mencionado, o comportamento do EESMOG é influenciado pela cultura organizacional da instituição de saúde, sendo condicionado por normas, regulamentos, tipos de liderança, políticas administrativas, estrutura hierárquica, padrões de desempenho.

Os cuidados prestados são também condicionados pela tecnologia (instrumentos e métodos utilizados), sendo a cultura organizacional aquela que define os limites, a coerência nos actos do enfermeiro, fazendo-o comprometer-se com interesses colectivos. No entanto, cada indivíduo tem uma forma de pensar, princípios e crenças diferentes, manifestando-se de diferentes maneiras (participação, criatividade, medo, tensão, apatia, agressividade, comodismo, formação/adesão a grupos informais), podendo ser, ou não, um agente da mudança.

A cultura organizacional modifica-se com o tempo, já que também sofre influência do ambiente externo e de mudanças na sociedade. Por sua vez, a cultura de uma instituição também pode influenciar essa mesma sociedade (Leininger, 1988; Purnell, 2010).

A sensibilização para a integração da multiculturalidade e a aquisição de competências transculturais por parte do EESMOG, enquanto grupo de profissionais de saúde, podem contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem, e deste modo beneficiar as parturientes e familiares nas suas vivências durante o Trabalho de Parto e em todo o processo de transição para a parentalidade.

Analisar e descrever as dificuldades sentidas pelo enfermeiro e quais as estratégias/atitudes que eles desenvolveram para promover uma relação terapêutica/eficaz com a mulher/família imigrante, poderá servir de veículo para promover a motivação do enfermeiro para os aspectos da multiculturalidade, estimulando-o a aceitar, respeitar e valorizar as diferentes culturas.

1.2 – Quadro Conceptual

1.2.1 – A teoria da Transculturalidade

Madeleine Leininger era uma visionária para o seu tempo, face à globalização percebeu que a enfermagem sendo uma profissão científica e humanística, não podia ser ignorante, nem complacente com a urgência da compreensão das necessidades culturais dos seres humanos, postulando que as necessidades culturais são tão importantes quanto as necessidades biológicas e psicológicas, para assegurar a prestação de cuidados de saúde humanizados.

A teoria de Leininger parte da premissa que o “Cuidar” é a essência e o foco central, dominante e unificador da enfermagem, e em todas as culturas a nível mundial tem sido considerado como uma necessidade humana essencial para o pleno desenvolvimento, manutenção da saúde e sobrevivência do ser humano (Leininger, 1988).

Para a mesma teórica *“o cuidado cultural significa a avaliação consciente e um esforço deliberado para usar valores culturais, crenças, modo de vida de um indivíduo, família ou grupo*

comunitário, para fornecer auxílio significativo para estas necessidades de cuidado nos serviços de saúde”.

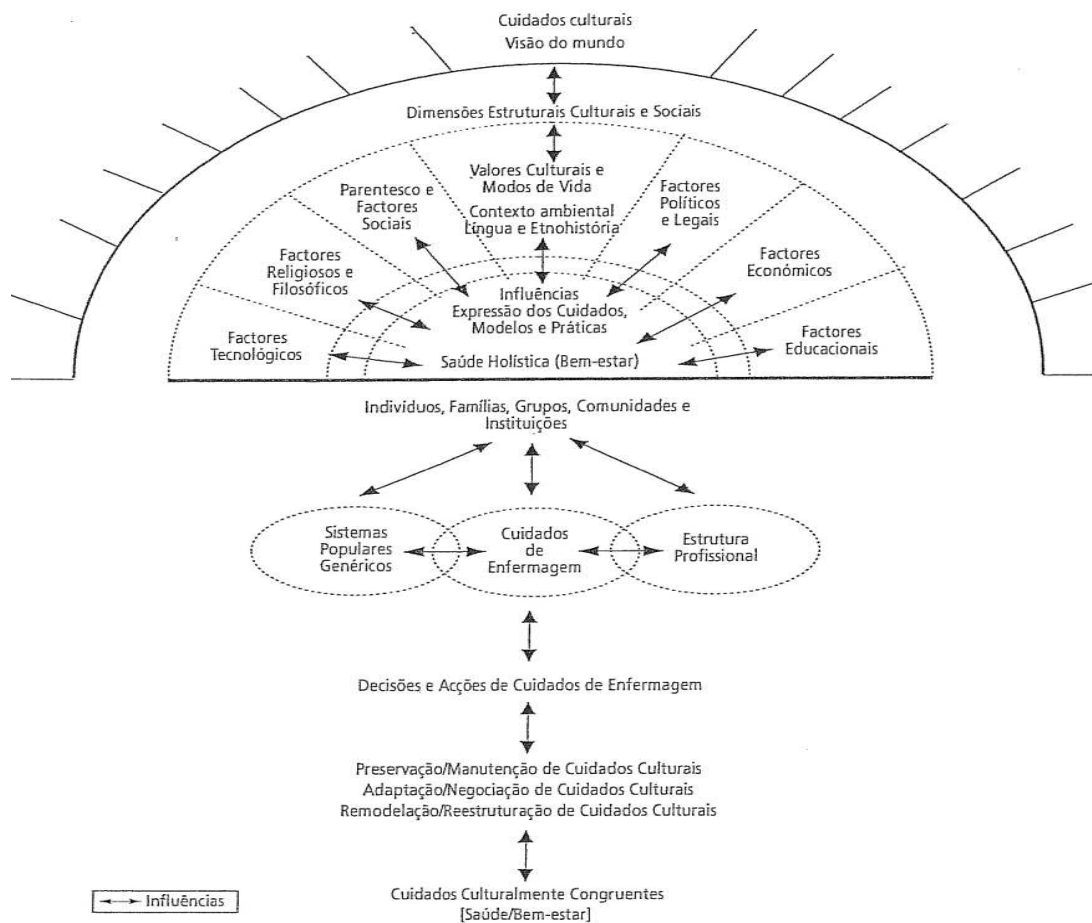
A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidar Cultural fundada e desenvolvida, ao longo de quase cinco décadas, por Leininger (1978, 1991, 2004, 2006) define o seguinte: “*A Enfermagem transcultural é uma área formal de estudo e prática em enfermagem focada sobre o cuidado cultural comparativo e holístico, a saúde e padrões de doença de indivíduos e grupos com respeito às diferenças e semelhanças nos valores culturais, crenças e práticas... ”.*

Leininger (2002) argumenta que, pelo facto de a cultura e o cuidar serem os meios mais alargados e mais holísticos de conceptualizar e compreender as pessoas, este conhecimento é central e imperativo para o ensino e a prática de enfermagem, pois a transculturalidade pode ajudar a promover aprendizagens recíprocas com os sistemas de assistência de outras sociedades, na busca do potencial humano universal e de uma política de respeito pela diferença.

O paradigma qualitativo fornece formas de transculturalmente conhecer e descobrir as dimensões epistemológicas e ontológicas do cuidado humano, e preconiza a utilização do método de observação participante para documentar, saber, prever e explicar sistematicamente, através de dados gerados no campo, aquilo que é diferente (diversidade) e o que é semelhante (universal) acerca do cuidado genérico (tradicional) e profissional das culturas estudadas dentro das componentes do Modelo *Sunrise*, de forma a criar novo conhecimento que guie as práticas de cuidados de enfermagem. (Leininger, 1998)

No âmbito dos cuidados perinatais, uma adaptação do Modelo *Sunrise* (2006) foi proposta para aqueles que cuidam das mulheres imigrantes e minorias étnicas.

Quadro 1 – O modelo *Sunrise*: Diversidade e universalidade do Cuidar Cultural



Fonte: Leininger (1998)

A parte superior deste modelo, em forma de um semicírculo (o sol), focaliza-se na cultura, visão do mundo e estrutura social da mulher e inclui, factores que influenciam a saúde: comunicação e modos de vida (educacionais), a organização social (económicos, político-legais, tecnológicos), valores de cultura (religiosos e filosóficos, familiares e sociais) e outras variáveis como o local, o período de tempo, o controlo ambiental e as variações biológicas da mulher.

As setas representam as influências que se podem encontrar.

A parte inferior implica o diagnóstico da situação do EESMOG que deverá avaliar cada dimensão do semicírculo e por meio deste conhecimento, as decisões e intervenções de enfermagem podem tornar-se congruentes e benéficas para aqueles que são assistidos tendo em

conta o sistema tradicional (culturalmente transmitidos) e a estrutura profissional (o cuidado profissional, preconizados pela instituição e geralmente com pessoal multiprofissional) oferecendo à parturiente e ao seu acompanhante significativo uma experiência memorável do parto.

O plano de cuidados deve ser reestruturado, adaptado às necessidades da parturiente, negociado de modo a preservar e respeitar a diversidade cultural e a promover o bem-estar, a segurança e qualidade dos cuidados prestados. A enfermagem transcultural vai para além de um estado de consciência até ao ponto de usar o conhecimento da cultura do cuidar em enfermagem para praticar um cuidar culturalmente congruente e responsável.

Referido por Willis (1999) a teoria de Leininger enfatiza a importância da cultura, dado que esta influencia a relação entre o enfermeiro e o utente (citado em Lopes, 2009, pág. 23). Por esta razão, as decisões e as acções do enfermeiro podem promover a saúde dos indivíduos, famílias, grupos e comunidades a três níveis: preservando e/ou mantendo o cuidado cultural; adaptando e/ou negociando o cuidado cultural; remodelando e/ou reestruturando o cuidado cultural. Estes aspectos visam levar o enfermeiro a tornar-se culturalmente competente.

A aquisição de competências é um processo dinâmico onde, segundo Leininger (1995), devem ser consideradas três fases de desenvolvimento para que o enfermeiro se torne transculturalmente competente. Numa primeira fase, Fase I, o enfermeiro torna-se consciente e sensível com as diferenças e similaridades das várias culturas. Na Fase II, o enfermeiro descobre as expressões culturais e de saúde, os padrões e atitudes dos clientes, usando a teoria e a pesquisa através da observação detalhada e experiência com os clientes, o que traz novos conhecimentos e guia as práticas de enfermagem. Na Fase III, o enfermeiro usa os achados/conhecimentos transculturais no cuidar em enfermagem para praticar um cuidar culturalmente coerente e responsável que seja razoavelmente adequado às necessidades de cultura, valores, crenças e realidades do modo de vida do cliente.

Estes pressupostos são suportados e desenvolvidos por outros autores como Purnell (2010), que desenvolve o *Modelo Purnell* de Competência Cultural. Pela sua complexa conceptualização este modelo inclui de forma abrangente os aspectos macro que interrelacionam os conceitos de

fenómenos ligados à sociedade global, comunidade, família, pessoa, desenvolvendo ainda o conceito de competência consciente que se refere ao profissional ou à organização.

A estrutura organizadora do Modelo de Purnell (2010) consiste em 12 Domínios Culturais: Visão global, localidades habitadas, topografia; Comunicação; Papéis desempenhados e organização familiares; Questões laborais; Ecologia Biocultural; Comportamentos de alto risco; Nutrição; Gravidez e práticas de Natalidade; Rituais de morte; Espiritualidade; Práticas de cuidados de saúde; Prestadores de cuidados de Saúde (Purnell, 2010, pág.24).

Numa perspectiva micro, o modelo permite ao profissional de saúde utilizar as mesmas questões para compreender melhor as suas próprias crenças, atitudes, valores, práticas e comportamentos culturais. Para este autor, o auto conhecimento de preconceitos e tendências pessoais é um passo do processo cognitivo e emocional deliberado para o desenvolvimento da competência cultural, sendo este processo consciente, contínuo (e não obrigatoriamente linear); os preconceitos podem ser minimizados através da compreensão cultural. Neste modelo, Purnell (2010) classifica o profissional de saúde em quatro estádios – inconscientemente incompetente, conscientemente incompetente, conscientemente competente e inconscientemente competente (Purnell, 2010, pág 23).

Purnell sugere que a competência cultural é um percurso que engloba a vontade e a capacidade do indivíduo para prestar cuidados de saúde e de enfermagem de forma culturalmente congruente e aceitável. No entanto, para o mesmo autor, a competência cultural individual não é condição suficiente para a prestação de cuidados culturalmente competentes *“O ónus da competência cultural reside no prestador de cuidados e no sistema dentro do qual esses cuidados são prestados”*. (Purnell, 2010). Só assim se poderá aumentar a satisfação dos utentes, face aos cuidados de saúde e contribuir para a redução das razões multifactoriais de desigualdades e complicações baseadas no género, na raça e na etnia que interferem na prestação de cuidados de saúde.

A necessidade do prestador de cuidados reflectir sobre os seus próprios valores culturais é enfatizada por outros autores, citando Campinha-Bacote (2003), *“para ser eficaz, o enfermeiro deve transcender as barreiras culturais e abordar cada cliente com paciência, empatia, interesse e competência. Um elevado nível de autoconsciência é também importante. Antes de se*

conseguir perceber a cultura do outro, tem de se primeiro perceber e aceitar a nossa” (Lopes, 2009, pág. 26). Isto exige por parte do enfermeiro um processo de aprendizagem, bem como de mudanças pessoais que ocorrem através do conhecimento e da compreensão, a esta motivação que o enfermeiro tem em querer envolver-se no processo de competência cultural, Campinha-Bacote (2001) define como sendo o “*desejo cultural*”.

1.2.2 – A Competência Cultural

A competência cultural é definida por Campinha-Bacote (2007) como sendo “*o processo contínuo em que os profissionais de saúde se esforçam continuamente para atingir a capacidade e disponibilidade para trabalhar de forma efectiva no contexto cultural dos clientes*” (citado por Lopes, 2009, pág. 26), podendo-se entender por competências culturais como sendo a susceptibilidade à diversidade cultural e a capacidade de promover uma dinâmica assistencial adequada à diferença. Segundo Naughton (2002), citado por Lopes (2009), as competências culturais devem incluir as seguintes dimensões: a forma com se olha para o mundo; o conhecimento de conjunto de temáticas de natureza cultural (preservação dos padrões culturais), nomeadamente com a saúde/doença e com problemáticas culturais de grupos com quem a pessoa lida; desenvolver uma relação de confiança com os utentes e saberes negociais (negociação/acomodação do cuidar cultural), desenvolver intervenções assistenciais apropriadas (redefinição/restruturação dos cuidados).

Actualmente, a teoria da transculturalidade no cuidar em enfermagem é reconhecida pelos organismos reguladores e está integrada nos princípios básicos das competências dos EESMOG.

Assim, a *International Confederation of Midwives* (ICM), para além dos conhecimentos técnico-científicos, tem como premissa conceitos básicos, que o EESMOG deve ter presente, a salientar - o respeito pela dignidade humana e pelas Mulheres como pessoas com todos os direitos humanos; a advocacia da Mulher, para que a sua voz seja ouvida; a sensibilidade cultural, que inclua o trabalho com a Mulher e profissionais de saúde para que se ultrapassem barreiras culturais que prejudicam a Mulher e a Criança. Estes conceitos encontram-se explícitos nas competências, nomeadamente, Competência IV: “*As Parteiras prestam cuidados de elevada qualidade, atendendo às particularidades culturais da Mulher e Família, durante o trabalho de*

parto, efectuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência, no sentido de maximizar a saúde da Mulher e seu Recém-Nascido”.

Também, a Ordem dos Enfermeiros (OE) no Preâmbulo do Regulamento n.º 127/2011, de 18 de Fevereiro de 2011, das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, preconiza a seguinte premissa - “*os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue*”, e tem como pressuposto que a Mulher, como a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, deve ser entendida numa perspectiva individual como a pessoa no seu todo, considerando a inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve, constituído pelos elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais.

O EESMOG que cuida do bem-estar materno-fetal no BP, deve estar sensibilizado para o uso de diferentes tipo de estratégias não farmacológicas de modo a promover o conforto, potenciar a saúde materno-fetal e estabelecer uma verdadeira relação de ajuda. (Branden, 2000; Creehan e Simpson, 2008). É importante ter consciência deste facto, porque o trabalho de parto (TP) e parto, para além de dependerem de um conjunto de fenómenos fisiológicos, dependem também de factores psicológicos da parturiente. A resposta psicológica varia segundo o estágio do TP e pode influenciar: a percepção dolorosa (o limiar da dor, a percepção individual da dor e as suas expressões verbais e não-verbais variam segundo as origens culturais, étnicas ou sociais); a ansiedade, a capacidade para enfrentar o *stress* e o medo; a autoconfiança; as atitudes e expectativas sobre o parto; a experiência de partos anteriores; a preparação para o parto/nascimento; os apoios (companheiro / pessoa significativa).

Nesta perspectiva, o plano de cuidados deve ser reestruturado, adaptado às necessidades da grávida, negociado de modo a preservar e respeitar a diversidade cultural e a promover o bem-estar, a segurança e qualidade dos cuidados prestados, oferecendo à mulher e o seu acompanhante significativo, uma experiência positiva do parto.

1.2.3 - Revisão Sistemática da Literatura

Foi em torno dos conceitos – chave desenvolvidos no Enquadramento teórico que se delineou a revisão sistemática da literatura: *Trabalho de parto; diversidade cultural; competência cultural do EESMOG; Cuidado transcultural*.

Seguindo a metodologia de projecto, cujo cronograma pode ser consultado no Apêndice I, formulou-se como o ponto de partida para a revisão sistemática da literatura a seguinte questão em formato PI[C]O[D]:

“ Como pode a competência cultural do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia contribuir para a melhoria dos cuidados, à mulher imigrante, durante o trabalho de parto?”

Também a partir dos principais conceitos, elaborou-se uma lista de palavras-chave que originaram a revisão sistemática da literatura, que segundo Fortin (2009), esta é necessária em todas as fases da conceptualização do estudo, no sentido em que ela precede, acompanha ou segue as formulações de investigação. Deste modo e conforme está demonstrado no quadro abaixo:

Quadro 2 – Elaboração das palavras-chave a partir da questão em formato PI[C]O

Pergunta PI(C)O: “ Como pode a competência cultural do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia contribuir para a melhoria dos cuidados, á mulher imigrante, durante o trabalho de parto?”	Palavras-Chave Pregnancy Outcomes Transcultural Care Cultural Competence Obstetric Care
P (População): EESMOG	
I (Intervenções): Cuidados do EESMOG integradores da Competência cultural	

<p>O (Resultados): Melhoria dos cuidados durante o trabalho de parto/Satisfação dos utentes sala de partos</p>	<p>Delivery Rooms</p> <p>Labor</p> <p>Cultural diversity</p> <p>Midwife*</p>
---	--

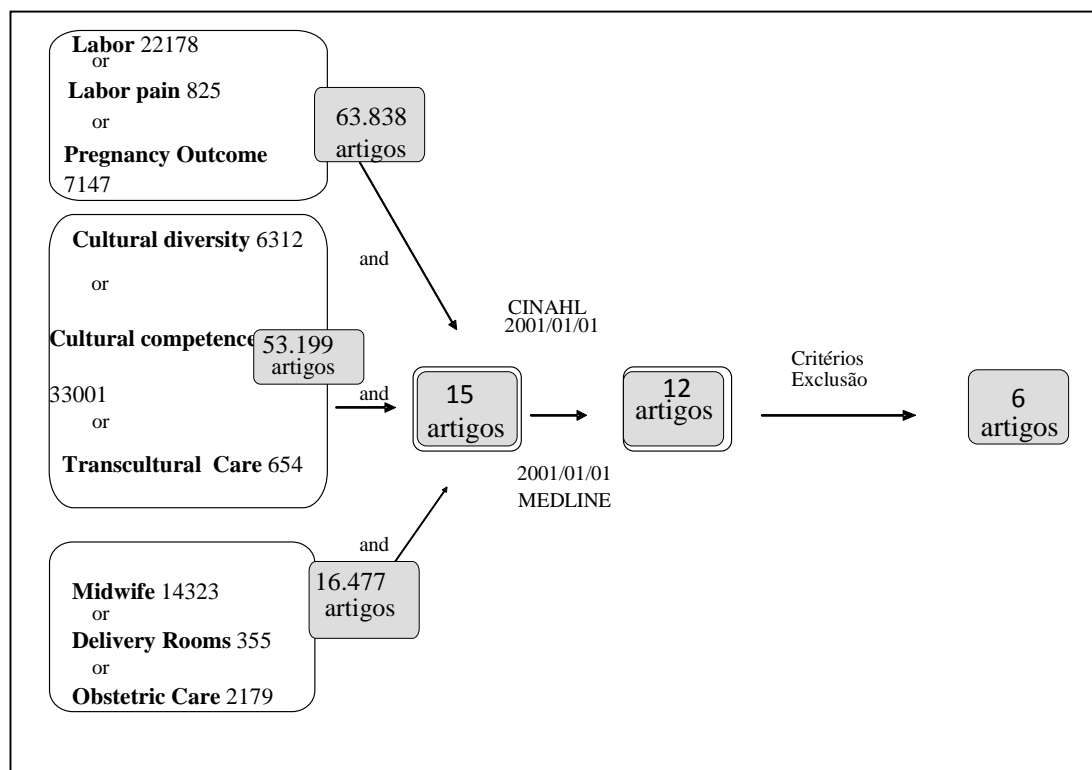
Relativamente ao Desenho dos estudos, pretendeu-se ter em vista uma revisão abrangente, por isso foram considerados todos os estudos, não havendo critério de exclusão relacionado com o desenho do estudo.

Utilizando o motor de busca EBSCO host, com acesso a duas bases de dados: CINAHL (Plus with Full Text) e MEDLINE (Plus with Full Text), foram introduzidas as palavras-chave agrupando as que pertencem ao mesmo conceito por OR e ligando as que pertencem a conceitos diferente por AND.

Os critérios de inclusão foram os artigos baseados em estudos científicos (quantitativos ou qualitativos) com foco na problemática (EESMOG que cuidam das mulheres em trabalho de parto, meio hospitalar, diversidade cultural), realizados entre 2006 e 2011, em texto integral.

Foram critérios de exclusão todos os artigos ou linhas de orientação para a prática clínica sem relação com a problemática em estudo (partos no domicílio, doença mental, outros profissionais de saúde, educação para a saúde fora do contexto do trabalho de partos), artigos repetidos nas duas bases de dados, com data anterior a 2006; que não apresentassem texto completo, e não fossem estudos científicos.

Quadro 3 – Fluxograma da Revisão Sistemática da Literatura



Foram seleccionados 6 artigos, publicados entre 2006 e 2011, que foram objecto de análise (ver Apêndice II) serviram de suporte para o projecto que se pretende ser com base na metodologia científica.

Os resultados da revisão sistemática da literatura demonstraram que:

- Os profissionais necessitam de se tornar culturalmente competentes para melhor cuidar dos seus clientes
- As informações de saúde e a prestação de cuidados em saúde materna destinadas à população nacional carecem de flexibilidade para responder às necessidades das imigrantes de outra religião, quer a nível linguístico quer na adaptação à sua cultura.
- As mudanças de abordagem (preservação cultural, acomodação cultural e reestruturação cultural) dos cuidados de Enfermagem que vão ao encontro das necessidades destas mulheres têm o potencial de criar serviços de saúde materna mais inclusivos e dinâmicos

- Pode-se concluir que as mudanças que vão ao encontro das necessidades destas mulheres têm o potencial de criar serviços de saúde materna mais inclusivos e dinâmicos, aumentando os níveis de satisfação com os cuidados prestados e terá mais abertura para escutar o enfermeiro em relação à educação para a saúde.
- A aquisição da competência cultural reduz as situações que podem causar desconforto e medos, a prestação de cuidados culturalmente congruente incrementam a qualidade dos serviços prestados gerando no EESMOG um aumento da satisfação profissional.
- Imergir numa experiência cultural pode ser uma maneira eficaz de atingir a competência e a sensibilidade culturais, resultando daí uma versatilidade e flexibilidade na prática clínica, que se revela nas capacidades do “*saber agir em circunstância*” (Le Boterf,1997).
- Ao melhorar a consciência cultural e ao responder às expectativas e desejos da população, o EESMOG espera prestar cuidados culturalmente específicos que são adequados a todas as mulheres que utilizam os serviços de saúde materna
- a) Os cuidados não culturalmente sensíveis podem implicar: falta de respeito; escassez de escolhas; apoio limitado durante o trabalho de parto; barreiras linguísticas; práticas abusivas para encurtar o trabalho de parto.

Da análise da RSL pode-se concluir que os profissionais e as instituições culturalmente competentes são ingredientes essenciais para:

- Aumento da satisfação dos utentes, face aos cuidados de saúde;
- Redução de razões multifactoriais causadoras de desigualdades;
- Redução de complicações baseadas no género, na raça, na etnia que interferem na prestação de cuidados de saúde.

2 – METODOLOGIA

A implementação do projecto de estudo (apresentado no final do 2º semestre) com base na metodologia científica iniciou-se com a pesquisa e colheita de dados: a documentação (recolha bibliográfica, revisão sistemática da literatura na base de dados EBSCO).

2.1 - Tipo de Estudo

Para compreender e descrever a situação, optou-se pela realização de um pequeno estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, que permitisse tornar mais familiar um fenómeno desconhecido para a mestranda. Pode-se caracterizar este estudo desta forma porque, segundo Carmo e Ferreira (1998) “implica estudar, compreender e explicar a situação actual do objecto de investigação”, que neste caso é estudar a competência cultural do EESMOG como um factor facilitador do trabalho de parto e transição para a parentalidade da mulher imigrante. Esta é a fase empírica que utilizou como estratégias de colheita de dados, a observação participante e o questionário com perguntas abertas.

No ponto de vista de Leininger (1985), o objectivo principal da investigação qualitativa é documentar e interpretar, da forma mais completa possível, a totalidade daquilo que se está a estudar, a partir dos pontos de vista das pessoas ou dos seus quadros de referência. A utilização desta metodologia implica sobretudo uma interacção prolongada com o meio e uma grande proximidade entre a autora e os participantes do estudo. O trabalho de campo foi a contextualização do projecto, sendo o tempo de terreno enquanto observador-participante, garantido pelo estágio de 500 horas em Sala de Partos.

Para Fortin (2009, p.371) a observação é uma fonte de dados, existindo vários meios de registar o resultado das observações efectuadas, e “(...) constitui frequentemente o meio privilegiado de medir comportamentos humanos ou acontecimentos”. Segundo Fortin (2009) o investigador deve planificar cuidadosamente as observações para que estas sejam consideradas como científicas e para tal recomenda a construção de um plano de observação. Deste modo, foi construído um guia de observação (Apêndice IV), baseado no modelo de Giger e Davidhizar (1995) no sentido de minimizar o risco de ocorrência de erros, pois de acordo com Fortin (2009, p. 374) “... *um método de observação é considerado como fiel se os resultados que ele produz são precisos, exactos e constantes*”.

A análise de conteúdo é fundamental na análise de dados colhidos (Fortin, 2009), e reveste-se de alguma complexidade. Segundo a mesma autora “*Trata-se de medir a frequência, a ordem ou a*

intensidade de certas palavras, de certas frases ou expressões ou de certos factos e acontecimentos” Fortin (2009, p.379). Em seguida organizam-se os dados por categorias, sendo as características do conteúdo a avaliar são geralmente definidas e predeterminadas pelo investigador (Fortin, 2009).

Segundo Fortin (1999), a análise dos dados compreende quatro etapas que são:

1. A colocação do sentido global do texto;
2. A identificação das unidades de significação;
3. O desenvolvimento do conteúdo das unidades de significação;
4. A síntese do conjunto das unidades de significação.

Ao citar Deslauriers, Fortin (1999, p. 308), afirma que as unidades de significação podem ser “(...) uma palavra, como um grupo de palavras, uma frase ou um conjunto de frases”.

Numa primeira fase, procedeu-se à identificação de expressões significativas, que não são mais que partes do texto que qualificam factos relacionados com a problemática em estudo. Após esta etapa, efectuou-se a codificação dos dados que, segundo Bardin (2009), consiste numa transformação dos dados do texto que permita a representação das características do seu conteúdo, através do recorte (escolha das unidades), classificação e agregação (escolha das categorias).

Posteriormente procedeu-se à categorização que, segundo Bardin (2009) é “(...) *uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definido*” (Bardin, 2009, p.145). Permitindo assim a organização dos dados, definindo-se em 3 categorias: 1 - A importância atribuída à competência cultural pelos EESMOG; 2 - Os factores facilitadores à integração da multiculturalidade nos cuidados de Enfermagem; 3 - Os factores inibidores à integração da multiculturalidade nos cuidados de Enfermagem.

2.2 – Contexto e Selecção dos participantes

A população-alvo estudada foram os EESMOG do Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecologia (SUGO) do HRCAS. Como critério seleccionaram-se os enfermeiros que diariamente trabalham na prestação directa de cuidados às mulheres durante o trabalho de parto e parto, constituindo 26 elementos num universo de 28, sendo que foram excluídos do estudo a enfermeira chefe e um enfermeiro que ainda se encontra em integração.

Os participantes foram seleccionados segundo a técnica não probabilística intencional, foi baseada numa escolha consciente e com critérios pré-definidos uma vez que a autora escolheu 15 enfermeiros com quem teve oportunidade de trabalhar/observar. Streubert e Carpenter (2002, p. 67), consideram que a amostra intencional é um *“método de seleccionar indivíduos para participarem num estudo”* que *“baseia-se no se conhecimento específico de um determinado fenómeno, com a finalidade de partilhar esse conhecimento.”*

2.3 - Procedimentos Ético-legais

A investigação envolvendo seres humanos pode, por vezes, levantar questões morais e de ética, pode também causar danos aos direitos e liberdades da pessoa. Devemos por isso salvaguardar esses direitos fundamentais das pessoas aplicando os cinco princípios éticos que são enumerados por Fortin (2009):

- Direito à autodeterminação
- Direito à intimidade
- Direito ao anonimato e à confidencialidade
- Direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo
- Direito a um tratamento justo e equitativo

(Fortin, 2009)

Tomando em consideração todos os aspectos éticos, existem alguns procedimentos ético-legais associados a este estudo. Os pedidos de autorização são uma etapa imprescindível para que toda a investigação se desenvolva de forma adequada, assegurando o respeito e protecção da autora e dos profissionais envolvidos.

De modo a prosseguir o estudo e passar para a fase de elaboração e pesquisa no terreno foi necessário submeter o projecto à apreciação da Comissão de Investigação Clínica (CIC) do HRCAS. Este procedimento requer várias etapas iniciando-se pelo pedido de autorização expressa do chefe de serviço onde o estudo pretende ser realizado e depois de analisado pela CIC. Devendo respeitar os procedimentos, a aplicação de questionários só pode iniciar após a conclusão do percurso de autorização e este ser deferido. (Anexo III)

Também, para preservar e garantir a privacidade e anonimato dos profissionais envolvidos foi elaborado um consentimento informado, anexado ao questionário, para os participantes, de forma

a informá-los sobre a finalidade e objectivos do estudo (Apêndice II). Este procedimento assegura que as respostas do participante não serão utilizadas contra o próprio.

2.4 - Recolha de dados

Tendo em conta o objectivo da implementação do projecto de estudo e a opção pela abordagem qualitativa, seleccionou-se o questionário com perguntas abertas aos profissionais e de um guia de observação como instrumentos de colheita de dados, de forma a poder conhecer a opinião dos enfermeiros referentes à prestação de cuidados de enfermagem à mulher/família imigrante. Foi a partir desta perspectiva, de acordo com Leininger (1985), que se pode compreender o que é que os sujeitos sabem do seu próprio mundo e das suas experiências de vida e, deste modo, obter dados qualitativos ricos e significativos.

2.4.1 – Instrumentos de colheita de dados

A investigação decorreu em meio natural, tal como Streubert e Carpenter (2002, p. 24) defendem “ *O propósito de conduzir a investigação no campo é alterar o menos possível as condições em que o fenómeno ocorre (...) Quanto mais confortável estiver cada participante, mais facilmente revela a informação procurada.*”. A utilização da observação participante possibilitou a descrição pormenorizada das situações vivenciadas pelos profissionais que foram descritas nas notas de observação e apoiadas no guia de observação dos profissionais. Também facilitou a partilha com os elementos do grupo permitindo captar o sentido, orientação e a dinâmica das situações, esclarecendo frequentemente o comportamento dos observados. (Apêndice III)

Para Fortin (2009), o processo de colheita de dados consiste em colher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para este fim. Esta foi a justificação para que o questionário fosse o método de eleição, uma vez que constitui um instrumento de colheita de dados de autopreenchimento, aplicável a um grupo de indivíduos em simultâneo, é rápido e não obriga a presença do investigador.

A aplicação de questionários a sujeitos que partilham a mesma experiência, o mesmo saber e cultura da instituição torna-se adequado, uma vez que a autora pretende conhecer os valores, os comportamentos, as opiniões dos enfermeiros sobre a sua visão da problemática/ dificuldades

encontradas/experiência vividas com a população imigrante e quais as sugestões para melhorar os cuidados de enfermagem.

Segundo Fortin “*são estas pessoas, mais do que o investigador, que são consideradas como peritos conhecedores da cultura.*” (Fortin, 1999, p. 154). Este instrumento também permite a quantificação dos dados recolhidos. Foi feito um pré-teste em Fevereiro de 2012, tendo sido alteradas algumas das questões de modo a facilitar a leitura e a agilizar o tempo disponibilizado pelos profissionais.

2.4.2 - Recursos

Foram utilizados vários recursos e estratégias de pesquisa para recolha de dados, nomeadamente: livros técnicos e científicos, revistas científicas, bases de pesquisa electrónicas, recursos de materiais didácticos (papel, canetas, dispositivo de armazenamento de massa USB, computador, impressora e fotocopadora), pólos da ESEL, bibliotecas, locais de estágio.

2.5 - Limitações do estudo

Devendo ter sempre em conta a exequibilidade do projecto foi necessário definir as limitações do estudo. “*A exequibilidade de um projecto de investigação assenta num conjunto de recursos, tais como a disponibilidade dos sujeitos, o seu consentimento, o tempo requerido para realizar o estudo, (...), o equipamento e o espaço, a colaboração de outros investigadores, a experiência do investigador*” (Fortin, 2009).

Segundo Fortin (1999), qualquer estudo que tenha por base informação primária é sujeito a constrangimentos como os relacionados á aplicação do instrumento de recolha de dados (questionários). Um destes constrangimentos é a disponibilidade dos participantes, em termos de colaboração na colheita de dados e a sua disponibilidade de tempo uma vez que há uma grande afluência de situações obstétricas no Bloco de Partos do HRCAS, tendo sido apurados 9 questionários.

Outra dificuldade encontrada foi a gestão do tempo para a realização do estágio, a execução do projecto e a conciliação da vida profissional e familiar da autora.

2.6 - Análise dos dados

No presente projecto, e após a aplicação de cada questionário, foram registadas digitalmente na íntegra as respostas a fim de se proceder à análise do seu conteúdo. Após esta fase iniciou-se os procedimentos de análise de conteúdo, enquanto técnica que pode incidir sobre o material não estruturado.

Os resultados foram agrupados e analisados utilizando a análise descritiva. Fez-se também manualmente o tratamento de dados utilizando uma análise comparativa do conteúdo entre as respostas dos questionários e os elementos recolhidos através da observação participante.

3 - RESULTADOS

Neste capítulo incidir-se-á sobre a análise dos dados qualitativos, tendo por base a técnica de análise de conteúdo (técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, permitindo de forma prática e objectiva produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto replicáveis ao seu contexto social) e a observação participante com a construção de categorias e subcategorias que serão apresentadas e as suas respectivas leituras.

3.1 - Caracterização dos participantes

O grupo de participantes constituído por 9 enfermeiros especialistas (EESMOG), representou cerca de 1/3 da população em estudo, no período de 28 de Fevereiro de 2012 a 17 de Julho de 2012.

Tratou-se predominantemente de uma faixa etária relativamente jovem com idades compreendidas entre os 31 e 59 anos, sendo que entre: 30-40 anos = 4 (I4, I6, I7, I8); >40-50 anos = 3 (I1,I2,I3) e > 50 anos = 2 (I5, I9). Relativamente ao género, é predominante feminino, 7: 2, característica representativa da moda da população estudada.

A população estudada apresenta uma grande diversidade cultural, representativas de várias nacionalidades e de minorias étnicas, oriundos dos PALOP, Brasil e países da Europa de Leste. O grupo apurado também inclui sujeitos de nacionalidade estrangeira, oriundos dos PALOP, não obstante, todos os participantes são de nacionalidade portuguesa.

3.2 - Análise dos dados e discussão dos resultados

Em busca da compreensão dos factores que interferem no desenvolvimento da competência cultural do EESMOG na sua prática de cuidados, serão descritos os conteúdos das perguntas do questionário e realizadas as suas leituras, assim como a descrição dos dados colhidos pela observação. Os participantes (P) serão enumerados de P1 a P9.

Os dados foram agrupados em três categorias (abaixo descritas) e das respectivas subcategorias :

- A importância atribuída à competência cultural pelos EESMOG;
- Os factores facilitadores à integração da multiculturalidade nos cuidados de Enfermagem
- Os factores inibidores à integração da multiculturalidade nos cuidados de Enfermagem.

3.2.1.- Importância atribuída pelos EESMOG à integração da mulher imigrante

3.2.1.1- Influência das crenças e valores no trabalho de parto

A pergunta nº3, “ *Pensa que as crenças e valores têm influência na progressão do trabalho de parto?*” a totalidade dos participantes respondeu que sim. Aqui parece revelar que os enfermeiros estão sensibilizados para a influência das crenças e valores na pessoa, no entanto nem sempre as compreendem, mas respeitam essas mesmas crenças, muitas vezes através do silêncio. O parto sendo um acontecimento universal, reveste-se de particularidades que o tornam divergente de cultura para cultura. O parto tem múltiplas influências quer do funcionamento psicológico quer do ambiente sociocultural (Correia, 1998). Também é referido por Purnell (2010, p. 46) “*Ideias sobre concepção, gravidez e práticas de parto são passadas de geração em geração e são aceites sem qualquer necessidade de validação ou de serem totalmente compreendidas*”.

3.2.1.2 - Importância da competência cultural

Inquiriu-se sobre a importância da competência cultural para os enfermeiros. Nesta pergunta foi utilizada a escala de tipo Likert de (0 a 4) para avaliar o grau de importância da competência cultural para o EESMOG. A percentagem de enfermeiros que considerou ser importante/muito importante é bastante elevada, sendo que apenas 1 (P2) considerou esta competência pouco importante.

3.2.1.3 – A Integração de valores culturais no contexto laboral

Na pergunta nº 10 de escolha múltipla sobre prioridade de valores, 8 sujeitos responderam que os valores do cliente devem vir em primeiro lugar, apenas 1 (P2) respondeu que os valores da instituição deveriam vir em primeiro lugar.

De acordo com Swales (1998), referido em Purnell (2010, p 16), entre a melhor evidência e a decisão clínica final, há que efectuar um julgamento baseado nos valores do utente exposto à intervenção. A observadora teve a oportunidade de verificar que apesar da esmagadora maioria pensar que os valores do cliente devem ser uma prioridade, todos seguiam com rigor as rotinas da instituição. Por exemplo, em várias ocasiões algumas mulheres verbalizaram que não desejavam a colocação de soros sem justificação aparente, sendo este pedido sistematicamente negado por uma questão de controlo do ambiente seguro. A OMS (1996) refere que a infusão intravenosa rotineira em trabalho de parto de baixo risco é uma conduta claramente ineficaz e deveria ser eliminada. Existem obstáculos a um cuidado de saúde culturalmente sensível,

designadamente, o etnocentrismo, quando um indivíduo ou grupo (instituição) pensa que as suas convicções são as melhores ou as únicas aceitáveis, e também o preconceito, ou seja, quando um indivíduo possui previamente uma opinião muito firme sobre um tópico, de um grupo de pessoas e permite que esse preconceito interfira nas relações interpessoais com pessoas culturalmente diferentes (Leininger, 1998; Purnell, 2009).

O enfermeiro conhece algumas destas práticas/protocolos, mas existe relutância em utilizá-los, como mais adiante relatarei, pelas limitações inerentes. Aqui provavelmente cabe à gestão de topo facilitar a formação/divulgação de informação aos profissionais, bem como a promoção de comportamentos facilitadores da integração multicultural. Os profissionais de saúde, de forma a produzirem cuidados culturalmente sensíveis e coerentes, devem perceber os padrões de cultura de cada mulher, de modo a filtrar conceitos erróneos e que ponham em risco a díade, bem como, aceitar a diferença, dando abertura a atitudes e comportamentos distintos do país de acolhimento, desde que sejam praticáveis (Leininger, 1998).

3.2.1.4- O conhecimento sobre as políticas de saúde em Portugal relacionadas com a multiculturalidade

As políticas da saúde no âmbito dos cuidados materno-infantis da população imigrante são um marco importante para a redução das desigualdades de saúde desta população, quer ela seja permanente ou temporária, e demonstra uma consciência integradora da sociedade portuguesa face ao crescimento da diversidade cultural, por isso torna-se muito relevante sondar os EESMOG sobre este tema.

A pergunta nº 12 era também de escolha múltipla, apurando-se que 3 dos participantes (P5, P6, P8) desconhece as políticas da saúde na área da Saúde Materno-infantil, 2 enfermeiros (P2, P3) não concordam, 3 enfermeiros (P4, P7, P9) concorda parcialmente, embora tema que estas possam contribuir negativamente para a economia do país, e 1 enfermeiro (P1) concorda plenamente e pensa que elas contribuem para a promoção da saúde da comunidade.

Esta última pergunta do questionário causou alguma estranheza aos participantes, a maioria antes de responder validou comigo se havia algum aspecto que eu queria salientar. A todos respondi que desejava ter uma opinião da visão global sobre as políticas. Os que não concordaram visaram apenas os acordos e parcerias que Portugal tem com outros países, nomeadamente os PALOP, receando que estes acordos só fossem benéficos unilateralmente para os países de origem dessa

população. O estudo realizado por Machado (2006) que demonstra existir uma fragilidade/vulnerabilidade nos imigrantes, revelando, nomeadamente, numa maior mortalidade fetal e neonatal, mais patologia durante a gravidez, nomeadamente doenças infecciosas.

Para Purnell (2010) a nossa consciência cultural é também uma questão de cidadania. Vários estudos demonstram que o EESMOG tem capacidade para intervir e contribuir no processo de mudança dos comportamentos de saúde da população imigrante, bem como através do trabalho desenvolvido pelos profissionais o seu contributo tem influência nas decisões políticas contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população residente e sustentabilidade do sistema de saúde.

3.2.2.- Aquisição de competência cultural como factor facilitador na transição para a Parentalidade da mulher imigrante

3.2.2.1 – Estratégias para transpor a barreira linguística

A pergunta nº5 pretende pesquisar *quais são as estratégias utilizadas para transpor barreira linguística*, tendo-se apurado que 8 enfermeiros recorrem à linguagem gestual, e também 6 pedem ajuda ao colega/ acompanhante.

P1 – *“geralmente uso a linguagem gestual e tentando com a ajuda de um familiar próximo (marido ou mãe) para conseguir manter uma relação com a parturiente”*

P2 e P7 – *“linguagem gestual”*

P4 – *“recurso a linguagem não verbal”*

P3 – *“linguagem gestual e recurso a colegas quando possível”*

P5 – *“solicito a presença do acompanhante que entenda português. Caso não haja tento comunicar por gestos”*

P6 – *“Procuro na equipa multidisciplinar apoio na tentativa de estabelecer comunicação ou tento a pessoa de referência”*

P8 – *“comunicação não verbal e presença do acompanhante para tranquilizar a parturiente, e se falar português serve de interprete”*

P9 – *“Comunicação gestual ou tento ajuda”*

a) Nenhum enfermeiro mencionou os mediadores culturais do HRCAS ou o serviço telefónico de tradutores da ACIME (esta é a designação actual da ACIDI).

b) Houve um enfermeiro (P2) que se destacou demonstrando ter um conhecimento mais aprofundado das culturas/ etnias imigrantes mais frequentes do HRCAS.

c) O comportamento na maioria é hospitaleiro e integrador no sentido de explicar os procedimentos habituais. Aceitam os papéis de género e compreendem a dinâmica familiar das parturientes

d) Ainda outro ponto positivo : os enfermeiros são conhecedores de outras línguas (mínimo 1 língua estrangeira), esforçava-se para colmatar a barreira linguística utilizando a linguagem gestual, e tradutores informais;

3.2.2.2 – Estratégias para apoiar a tomada de decisão

Na pergunta nº 6 “ *Que estratégias, costuma utilizar na sua prática clínica para apoiar a parturiente/familiares imigrantes na tomada de decisão face a diferentes opções de prestação de cuidados/tratamentos?*”. O enfermeiro P4 não respondeu

P1- “ *geralmente não tenho muita dificuldade porque sendo imigrante e muitas vezes a mesma cor da pele permite as parturientes a estarem muito á vontade comigo*”. A observadora pode verificar a utilização de linguagem simples e voz pausada. Tenta promover a deambulação, a bola, colocação de lençol no chão para acomodar a parturiente que opta pelas posições de agachamento.

P2 – “*entrega panfletos*”. Durante o período do estágio não havia no serviço panfletos informativos/educação para a saúde em línguas estrangeiras. Apesar de não o ter mencionado tem boas capacidades comunicacionais e consegue estabelecer uma relação terapêutica eficaz.

P3 – “*comunicação*”. O enfermeiro utiliza boas técnicas de comunicação verbais e não-verbais

P5 – “*A estratégia é igual às parturientes não imigrantes (salvaguardando a barreira linguística), passa sobretudo pela informação e esclarecimento de dúvidas*”. O enfermeiro explica previamente todos os protocolos, mas geralmente é pouco flexível e segue com rigor as rotinas do serviço.

P6 – *“Com os recursos disponíveis procurar esclarecer o melhor possível”*. É conhecedora de outras culturas e consegue comunicar de forma eficaz.

P7 – *“tento explicar, recorrendo a tradutor, se possível”*. O enfermeiro referiu-se ao tradutor informal.

P8 – *“informação/esclarecimento de dúvidas”*

P9 – *“se tem acompanhante que fale razoavelmente português, solicito ajuda”*

O consentimento prévio é assinado no momento do internamento, embora a totalidade dos participantes tenta esclarecer a parturiente/acompanhante ao longo da prestação dos cuidados, informam sobre os protocolos existentes e nomeadamente informam sobre as diferentes opções para alívio da dor implementadas no serviço. O EESMOG cumpre assim o Código Deontológico do Enfermeiro (Artigo 78º e 79º do CDE/Decreto-Lei nº 104/98) que diz que para além de respeitar e promover a normativa moral do seu código deontológico, o enfermeiro deve desenvolver também um espírito de reflexão ética que lhe permita agir sempre visando o respeito pela condição humana de quem está a ser alvo dos seus cuidados.

3.2.2.3 – Actividades para aumentar a competência cultural

A pergunta nº7 pretende elencar as actividades empreendidas pelos enfermeiros.

P1 – *“sendo imigrante também não fiz nada para aumentar a minha competência cultural”*. O enfermeiro não considerou as outras culturas diferentes da sua que utilizam o BP.

P2 – *“pesquisa”*

P5 – *“consulta de artigos e trabalhos relacionados. Aprendizagem com a experiência profissional”*

P6 – *“Aproveitar todas as situações diferentes para aprender sobre as diferentes culturas. Consulta de alguns artigos”*

P8 – *“Informação(leitura de artigos sobre esta temática)”*

P9 – *“Pesquisa, por exemplo na internet”*

A pergunta nº 7 tinha duas intenções, sendo a primeira perceber se os enfermeiros tinham empreendido alguma actividade para aumentar a sua competência cultural, resultando que 3 enfermeiros (P3, P4,P7)

não responderam à pergunta, P1 respondeu que não empreendeu nenhuma actividade e 5 (P2, P5, P6, P8 e P9) responderam afirmativamente.

A segunda intenção da pergunta era perceber quais as estratégias utilizadas, sendo que todos aqueles que empreenderam iniciativas referiram a pesquisa a título pessoal/auto-aprendizagem e 2 enfermeiros (P5, P6) deste grupo também referiram como estratégia a aprendizagem de outras culturas através do encontro clínico/experiência profissional com outras etnias.

3.2.3 - Factores inibidores à integração da mulher imigrante

3.2.3.1 – Conhecimentos sobre as expectativas das mulheres de culturas diferentes

A pergunta nº 1 -*No acolhimento é prática questionar sobre as expectativas da parturiente imigrante...?*

As respostas dos EESMOG relativamente à pergunta nº 1 sobre a sua prática no acolhimento, 6 dos 9 enfermeiros responderam que não inquire sobre as expectativas da grávida. O enfermeiro P4 não respondeu.

Os P2 e P5 responderam afirmativamente, no entanto, a pesquisadora não observou este comportamento como sendo sistemático, dependia por vezes do nível de stress em que o enfermeiro se encontrava, reparando muitas vezes no cansaço e excesso de trabalho a que o enfermeiro estava sujeito, também em algumas ocasiões, não se observou o estabelecimento da relação de empatia entre o profissional e a mulher/pessoa significativa devido à barreira linguística.

As respostas são congruentes com as notas do observador, o resultado da pergunta nº1 reflecte a preocupação dos enfermeiros em seguirem o protocolo da instituição, o processo de triagem de Manchester, que consiste numa escala de Classificação de Risco e tem como finalidade identificar a prioridade clínica com que o utente deve ser atendido e o respectivo tempo alvo recomendado até a observação EESMOG/médica. Os critérios incluem agravamento da saúde ou grau de sofrimento, não estabelece diagnósticos e nem refere as expectativas da grávida neste formulário. No entanto, o acolhimento é um momento privilegiado para iniciar a relação terapêutica através da escuta activa, o enfermeiro poderá conhecer/ compreender melhor as diferentes culturas que recorrem a este serviço. Como referiu Streubert (2002), compreender os

diferentes grupos culturais pode ajudar os enfermeiros que cuidam destes grupos a intervirem melhor, de modo que possam potencializar as estratégias já utilizadas pelos grupos.

A pergunta nº 2 alínea a ” *Quais são os desejos mais frequentes?*” dependia da resposta à pergunta nº 1, desta forma apenas 2 enfermeiros responderam.

P2 – “*Desejo que corra tudo bem*”

P5 - “*Não ter dor*”

As respostas das mulheres mencionadas pelos enfermeiros apontam para o sentimento de insegurança da grávida perante o trabalho de parto, parto e dor. Grantly Dick-Read, citado por Kitzinger, “*chamou a atenção para o medo, culturalmente induzido, do processo do parto, ..., histórias relacionadas com a dor e o sofrimento*” (Kitzinger, 1984, p. 206). A sensação de dor deve ser respeitada de acordo com seus limites, pois, para a maioria das mulheres independentemente da sua cultura, o parto é sinónimo de dor e de sofrimento e envolve necessidade de ajuda, apoio e confiança das pessoas que delas cuidam, sendo importante conhecer as estratégias utilizadas pelos grupos de modo a poder ajudá-las. No BP a utilização da escala numérica da dor era sistemática, era explicado o seu significado no acolhimento do internamento e fazia esta avaliação parte da rotina de vigilância das mulheres ali internadas.

Na pergunta nº2 alínea b, só um dos participantes (P2) afirma que consegue padronizar os desejos/expectativas para o parto por etnias, porém não partilhou esse conhecimento. Os momentos de partilha com os elementos da equipa devem ser promovidos pelas chefias para garantir a continuidade dos cuidados congruentes e satisfazer as necessidades dos clientes de culturas diferentes (Purnell, 2010).

No entanto, negociam com a mulher para implementar os protocolos da instituição, explicam as limitações de alguns pedidos. O enfermeiro P1 colocava um lençol no chão para que a pudesse optar pela posição de “gatas”

3.2.3.2 – Dificuldades sentidas

Com a pergunta nº4 pretendia-se conhecer quais eram as maiores dificuldades sentidas: um enfermeiro não respondeu (P4), dois (P1 e P2) responderam não ter dificuldades na abordagem e seis referiram sentir dificuldades na abordagem aos imigrantes.

P3 - “*Valores culturais*”

P5 - “*barreira linguística*”

P6 - “*desconhecimento de algumas crenças e língua diferente e desconhecida*”

P7 – “*dificuldade de comunicação por diferente linguística*”

P8 – “*língua, crenças e costumes específicos da cultura*”

P9 – “*por vezes a linguagem*”

A linguagem verbal é nitidamente a maior dificuldade apontada pelos enfermeiros, constituindo uma barreira à comunicação e ao estabelecimento da relação de ajuda. A linguagem gestual é geralmente a primeira abordagem, pois em muitas situações o enfermeiro encontra-se sozinho com a parturiente, e nem sempre os colegas estão disponíveis

Para além desta dificuldade o observador pode verificar em alguns enfermeiros o desconhecimento dos valores e das crenças das diversas culturas, nomeadamente mostrando por vezes desconforto perante algumas expressões corporais das mulheres, encurtando o seu tempo de permanência. No estudo realizado por Maputle (2006) sobre as parteiras que trabalhavam com mulheres de diversas culturas, esta atitude de distanciamento também foi referida, limitando o apoio às parturientes durante o TP.

Verificou-se a dificuldade em conciliar os valores da instituição (uniformização dos cuidados seguindo os protocolos) e os valores da mulher, conforme citado por Leininger (1991), os padrões de cuidados são geralmente mais satisfatórios para os clientes quando eles são esperados e previstos para se ajustarem ao seu modo de vida, por isso as Parteiras têm o desafio de reconhecer isso e fazer as alterações adequadas, de modo a incorporar a diversidade cultural nos cuidados obstétricos. A mesma teórica também refere que se as parteiras tivessem conhecimento sobre as diferenças e semelhanças de diversas culturas, seria possível ensinar e prestar cuidados congruentes com a forma da vida da mulher, em vez de usar a imposição de cuidados *etic* ou prática profissional (Leininger, 1991, pág. 41,204).

Outros pontos negativos que dificultam a integração da mulher imigrante são a inexistência de panfletos noutras línguas; a linguagem utilizada pelos enfermeiros nem sempre se adequa à literacia/aptidões linguísticas das mulheres; carga laboral que aumentava os níveis de *stress* dos EESMOG, que de acordo

com Neto (2002, p. 265) “ *Há vários factores cognitivos, afectivos e comportamentais que podem levar a problemas na interacção intercultural. Entre esses factores é de referir ... o stress...*”

3.2.3.3 – Formação específica

As respostas à pergunta nº 9 sobre a formação na área da multiculturalidade, apesar dos enfermeiros considerarem importante, 6 enfermeiros (P1, P3, P5, P7, P8 e P9) não tiveram formação específica na área da multiculturalidade. Dos 3 (P2, P4, P6) que responderam afirmativamente, apenas um referiu formação específica fora do âmbito académico.

P2 respondeu: “*Durante a formação académica*”

P4 respondeu afirmativamente, sendo o tema abordado: “*A importância dos cuidados de saúde prestados iram ao encontro da cultura da mulher/casal/família*”

P6 respondeu: “*Na licenciatura/pós-licenciatura*”, sendo o tema abordado “*Grupos de diferentes etnias*”

Sem o conhecimento da cultura dos utentes os cuidados de enfermagem não podem ser culturalmente competentes. Todos os autores que se debruçam sobre esta temática o afirmam categoricamente [Leininger (1995); Giger e Davidhizar (1995); Campinha-Bacote (2001) e Purnell (2010)].

3.2.3.3 – O autoconhecimento

Relativamente à pergunta nº 11 de escolha múltipla que aborda novamente a integração da competência cultural na prática clínica, nesta pergunta alguns enfermeiros tiveram alguma dificuldade na auto-avaliação do seu grau de competência cultural. Verifica-se que 1 enfermeiro (P6) tem consciência que tem falta de conhecimentos sobre outras culturas; 5 enfermeiros (P1, P3, P4, P5 e P8) posicionam-se no grau de conscientemente competentes; 4 dos sujeitos (P2, P5, P7 e P9) referem prestar automaticamente cuidados culturalmente congruentes.

Embora o enfermeiro P5 refira que presta automaticamente cuidados culturalmente congruentes, respondeu também que aprende sobre as culturas e desenvolve intervenções culturalmente específicas.

O enfermeiro P9 refere que apesar de prestar automaticamente cuidados a algumas culturas tem falta de conhecimentos noutras.

O observador não teve a oportunidade de constatar que o enfermeiro adapte sistematicamente os cuidados de forma a serem congruentes com a cultura da parturiente, também não é prática do serviço recolher dados de âmbito cultural nas avaliações efectuadas/ transmitidas. Leininger (1995) salienta a necessidade do enfermeiro conhecer a visão que o utente tem do mundo à sua volta, bem como os componentes da estrutura cultural e social que caracterizam a sua cultura de pertença (os valores religiosos, de parentesco, políticos, económicos, educativos, tecnológicos, culturais e etnohistóricos).

3.2.4 – Análise dos dados recolhidos através da observação participante das medidas integradoras implementadas no BP

O registo das observações no terreno fez-se em várias etapas, em que foram apontadas notas de observação estritamente descritivas, em que a autora para além de descrever as situações, também ouviu os intervenientes, as suas percepções, posições. Na segunda fase, estas notas serviram para construir uma interpretação teórica relativo à situação em estudo.

3.2.4.1 - Acolhimento

Na norma/ procedimentos do acolhimento das grávidas no momento do internamento no HRCAS, é fornecido à grávida o seguinte vestuário: 1 bata (verde), 1 robe (às riscas azuis e brancas), 1 par de chinelos descartáveis, 1 par de roupa íntima descartável e se necessário 1 penso higiénico. Pede-se à grávida para retirar todos os adornos e entregar os seus pertences/objectos pessoais ao acompanhante, ou no caso de a grávida ter vindo sozinha guardam-se os seus pertences num saco selado à sua frente. Apenas a 1ª roupa do RN é permitido trazer para o internamento, para além dos exames complementares relevantes e Boletim de Saúde da grávida. Todos os enfermeiros observados cumpriram esta norma.

Este procedimento que pretende uniformizar as práticas e facilitar o trabalho do profissional retira, de um certo modo, a identidade às grávidas, sendo que algumas referiram estar incomodadas pelo facto de não terem a “sua” roupa íntima. É de referir que a grande maioria durante o período do trabalho de parto fica sem roupa íntima.

Verificou-se que algumas das grávidas oriundas da Guiné traziam um cordel colorido amarrado aos cabelos. Perguntando o significado do cordel, uma das grávidas explicou que era para a protecção dela e do bebé. Percebe-se que isto seja uma adaptação das práticas culturais ao meio onde a mulher se encontra inserida. Este cordel geralmente é colocado à volta da cintura, mas deste modo o cordel não irá interferir nas intervenções dos profissionais e a mulher sente-se igualmente protegida.

3.2.4.2 – Deambulação

A utilização de medidas não farmacológicas tais como a deambulação é frequentemente requerida pelas grávidas oriundas da Guiné, e de Angola. Nem sempre este desejo é facilitado, mesmo quando as condições do trabalho de parto são favoráveis.

Como referido por Mamede *et al* (2007) vários estudos têm revelado que, fisiologicamente, é muito melhor para a mãe e para o feto quando a mulher se mantém em movimento durante o trabalho de parto, pois o útero contrai-se muito mais eficazmente, o fluxo sanguíneo que chega ao bebé através da placenta é mais abundante, o trabalho de parto torna-se mais curto e a dor é menos intensa. Acresce-se o facto de que, na posição supina, a adaptação da apresentação fetal ao estreito da bacia estará facilitada pela postura materna, e, assim, podem-se prevenir complicações do trajecto.

A posição vertical assumida pela parturiente tem ganhado destaque na assistência ao parto humanizado por produzir melhor efeito na progressão do trabalho de parto devido à melhor circulação uterina, permitindo que as fibras musculares cumpram com sua função contráctil de maneira eficiente.

A OMS (1996), a APEO (2009) e mais recentemente a OE (2012) detêm recomendações expressas sobre a importância da liberdade de movimentos, nomeadamente a deambulação devido às suas inúmeras vantagens. Estudos vêm revelando que a duração do trabalho de parto pode também estar relacionada à posição, bem como a deambulação que a parturiente assume durante o trabalho de parto e parto. Também a OMS (1996) para o parto normal que define como sendo “...de início espontâneo e de baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo

assim durante todo o processo até o nascimento. O bebé nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o nascimento, mãe e filho ficam em boas condições” e preconiza “ Deve-se encorajar a mulher a andar durante o trabalho de parto, e cada mulher deve ter a liberdade para escolher a posição a ser adoptada quando está parindo”.

Apesar da divulgação da deambulação como uma medida não farmacológica de alívio da dor/relaxamento neste serviço, a posição de litotomia (decúbito lateral) é a mais utilizada, sendo um dos motivos apresentados o facto de existirem muitas falhas de sinal no registo da cardiotocografia (CTG) durante a deambulação, mesmo quando se utiliza a telemetria (uso de transdutores sem fio).

A tocografia é o método de avaliação primário do estado fetal intraparto. A sua característica mais relevante é a capacidade de identificar com grande precisão os fetos bem oxigenados.

O registo contínuo do CTG é crucial em casos de litígio, pois ao permitir uma interpretação mais rigorosa de todos os momentos, torna-se uma evidência importante na ponderação dos tribunais. Através de vários estudos mencionados em Graça (2010) pode-se concluir que a monitorização contínua intra-parto apresenta vantagens, tais como registo em suporte de papel ou electrónico das FCF e contracções uterinas; vigilância de vários fetos por uma só enfermeira especialista. Apresenta como desvantagens a possível discrepância na interpretação dos traçados e a menor humanização dos partos.

3.2.4.3 – Musicoterapia

Um dos projectos do Bloco de Partos é a musicoterapia. Todas as salas que acolhem as grávidas estão equipadas com um rádio/leitor de CD. Esta estratégia de relaxamento traz muitas vantagens para a mulher em trabalho de parto, ajuda-a no autocontrolo da dor e da respiração.

Só existe uma opção no género musical dos CD disponibilizados, o que limita a potencialidade de utilização deste método não farmacológico. *“A imposição cultural continua sendo um dos problemas mais graves no campo da saúde, e um problema limitadamente reconhecido por muitos profissionais da saúde”* (Leininger, 1995). Muitos teóricos e terapeutas da diversidade

sugerem que o auto-exame de preconceitos e tendências pessoais é um passo importante do processo cognitivo para o desenvolvimento da competência cultural (Adrew & Boyle, 2005; Campinha-Bacote, 2006; Giger & Davidhizar, 2008; Purnell, 2010)

3.2.4.4 – Divulgação de informação

A informação escrita (folhetos, posters) existe apenas em português. Os posters estão espalhados pelos corredores e sala de deambulação (onde geralmente as grávidas internadas aguardam para serem submetidas uma cesariana electiva), os panfletos relativos ao trabalho de parto/alívio da dor encontram-se nas salas de dilatação, a informação dos cuidados ao RN e cuidados puerperais são dados de forma personalizada de acordo com as necessidades encontradas.

3.3 - Conclusões do estudo

O estudo incidiu sobre a aquisição de competência cultural do enfermeiro e os respectivos resultados relatados nos capítulos e subcapítulos anteriores, foram analisados e permitiram concluir:

- Apesar dos enfermeiros estarem sensibilizados para a problemática da diversidade cultural e da importância da competência cultural na prestação de cuidados de excelência, a análise dos resultados demonstram que a maioria dos participantes sente dificuldades nesta área.
- A maioria identifica-se como estando ao nível da competência cultural consciente, ou seja, aprende sobre a cultura da mulher, verificando ou aferindo generalizações sobre a cultura e desenvolvendo intervenções culturalmente específicas.
- Os resultados obtidos apontam para a existência de discrepância entre o que o enfermeiro pensa como pessoa e como age no contexto laboral. A competência cultural individual não é condição suficiente para a prestação de cuidados culturalmente competentes. A instituição na qual os cuidados são prestados deve igualmente demonstrar o seu compromisso face à competência cultural, neste âmbito o observador verificou que a totalidade dos enfermeiros segue os protocolos da instituição.

- A grande maioria dos participantes não conseguiu padronizar os desejos/expectativas por etnias.
- A disponibilização de folhetos é uma mais-valia, uma vez que a mulher, sempre que o necessitar, pode retornar à informação prestada oralmente, porém, no período em análise, estes apenas existiam em português.

Os enfermeiros têm a percepção de que a competência cultural é importante para a melhoria dos cuidados às mulheres, e estão todos de acordo que as crenças e valores podem interferir no trabalho de parto e parto. No entanto, apesar de cerca de 40% dos partos ocorridos no HRCAS incidirem sobre a população imigrante, os participantes demonstraram poucos conhecimentos sobre as diversas culturas mais frequentes no HRCAS. A aprendizagem cultural é um processo contínuo que se vai desenvolvendo de formas variadas, mas principalmente através de encontros culturais. (Campinha-Bacote, 2006), neste âmbito é necessário organizar formação programada que contribua para aumentar as competências comunicacionais dos enfermeiros, de modo a reduzir as barreiras por eles referidas.

- Relativamente às políticas de saúde no âmbito dos cuidados materno-fetais existe a necessidade de uma maior divulgação das medidas implementadas principalmente a nível das iniciativas empreendidas pelo HRCAS. De referir também que nenhum mencionou o recurso aos tradutores ou mediadores culturais, apesar de este serviço estar disponível e resultar de uma parceria com o Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, I. P. (ACIDI).
- Observou-se um grande esforço por parte das chefias e a crescente preocupação dos enfermeiros em proporcionar várias opções às mulheres, nomeadamente o CTG por telemetria, a musicoterapia.

Embora algumas estratégias tenham “nascido” do etnocentrismo, nomeadamente a selecção da música distribuída nos quartos que reflectiam os gostos pessoais do enfermeiro, estas iniciativas têm um grande potencial de aumentar a satisfação das mulheres. Um bom exemplo é o projecto da musicoterapia, esta iniciativa pode ser aperfeiçoada através da sua divulgação nos contactos prévios com a grávida sugerindo que sejam elas a trazer o seu CD de eleição. Os momentos de contacto são as consultas de referenciação e de Alto Risco, as aulas de preparação para o parto, a visita ao BP e a divulgação nas Unidades de Saúde.

Podemos concluir que apesar de haver esforços individuais na concretização na prática de cuidados culturalmente congruentes, existe uma grande necessidade de formação nesta área, para garantir que todos os profissionais prestem cuidados promotores e facilitadores da integração multicultural.

Como salienta Purnell (2009) *“Para conseguir uma eficácia, mesmo que mínima, os cuidados culturalmente competentes têm de garantir a continuação após a retirada do ímpeto inicial; têm de ser integrados e valorizados pela cultura que irá beneficiar das intervenções”*.

4 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Para que os objectivos traçados no processo de aprendizagem se traduzissem em desenvolvimento de competências, descrever-se-ão seguidamente, as actividades realizadas no EC. Para melhor compreensão do todo é importante primeiro conhecer o contexto onde o aluno se encontra inserido.

4.1 - Contextualização do EC

O HRCAS é um hospital integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde e tem a sua área de influência nos concelhos de Amadora e Sintra, servindo uma população que ronda os 600 mil habitantes.

O Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica – Bloco de Partos, constitui um dos serviços do Departamento da Mulher e Criança, localizando-se na zona central do piso 2 do HRCAS. Nele funcionam três valências em espaços físicos autónomos, mas contínuos:

a) Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica (SUGO)

Este é o espaço onde se faz a admissão de todas as mulheres que necessitam de cuidados de na área de Obstetrícia e Ginecologia. A sala de espera encontra-se no exterior do serviço.

b) Internamento de Ginecologia

Constituído por 2 salas com 3 camas cada; 1 pequeno bloco operatório.

c) Bloco de Partos

Este está constituído por seis quartos individuais de dilatação; três salas de parto, uma das quais tem o equipamento necessário para ser utilizado em situações de urgência como Bloco Operatório; Bloco Operatório; sala de deambulação; sala de recobro pós-parto; sala de observação do RN. A UCIEEN encontra-se no serviço imediatamente contínuo ao BP, o que permite uma excelente agilização das equipas das diferentes especialidades.

O BP está equipado de um sistema de telemetria que permite visualizar, em vários pontos do serviço, os Cardiotocogramas (CTG) em curso das grávidas internadas no SUGO.

Desde o primeiro dia foi iniciada a integração no serviço, facilitada por uma visita ao SUGO, que serviu para uma melhor orientação no local e compreensão do circuito das utentes. A

apresentação à equipa multidisciplinar foi-se fazendo gradualmente ao longo do EC, bem como a consulta de manuais de protocolos/procedimentos existentes no serviço.

A escala dos enfermeiros está dividida por subequipas. A equipa nuclear, na qual o enfermeiro orientador local (OL) pertence, foi facilitadora da integração/socialização pelo seu acolhimento cordial e disponibilidade demonstrados. Tendo em conta os níveis de competência definidos por Patrícia Benner (2001), reconheço que no início do estágio, encontrava-me ao nível de iniciado avançado na prestação dos cuidados mais especializados no serviço de BP, sendo de salientar a importância da “consulta de peritos” em enfermagem para a consolidação dos conhecimentos teóricos, para obter uma visão mais aprofundada sobre os valores/ missão da instituição e, por último, para o desenvolvimento das capacidades relacionais e de adaptação em contextos alargados, possibilitando um crescimento pessoal e profissional.

As experiências vividas nas várias valências do serviço, também permitiram obter uma visão mais ampla da actuação do EESMOG nas situações de urgência/emergência obstétricas e ginecológicas.

O HRCAS tem vindo a implementar e promover iniciativas de integração dos imigrantes, nomeadamente a nível laboral, tendo implementado um projecto, “*Projecto de apoio à Equivalência de habilitações académicas e profissionais de Enfermeiros Imigrantes*”, em 2007.

Estas medidas de integração de profissionais de saúde de diferentes culturas reflecte-se através da equipa multidisciplinar constituinte do SUGO que engloba uma grande diversidade cultural.

Também neste âmbito da multiculturalidade existem políticas internas de acolhimento e integração da população imigrante tais como a implementação de uma parceria com a ACIDI para disponibilização de mediadores culturais com o objectivo de reduzir as barreiras linguísticas e culturais entre os profissionais de saúde e os utentes imigrantes. É de salientar que cerca de 40% dos 3693 partos ocorridos no HRCAS, em 2010, incidiram na população imigrante.

Os subcapítulos que se seguem foram organizados de maneira a permitir uma melhor compreensão das actividades desenvolvidas para atingir os objectivos acima definidos para este EC

4.2 – Cuidados à mulher/família durante o TP

O primeiro objectivo proposto para este EC, baseado na competência H3 do Regulamento n.º 127/2011 sobre as Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica, foi: *“Prestar cuidados à mulher, inserida na família e comunidade, durante os diferentes estádios do trabalho de parto, em ambiente seguro, identificando eventuais situações de risco, dominando as situações de urgência obstétrica e actuando em conformidade.”*. A competência n.º 4 preconizada pelas Competências Essenciais para o Exercício Básico da Profissão de Parteiras da IMC (2010), refere também *“As parteiras prestam cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto, conduzem um parto limpo e seguro e resolvem determinadas situações de emergência para maximizar a saúde das mulheres e dos seus filhos recém-nascidos”*.

Tendo sempre em mente a concretização deste objectivo, delinearam-se algumas estratégias para o conseguir atingir. Inicialmente a estratégia foi fazer uma pesquisa bibliográfica de modo a aprofundar os conhecimentos nomeadamente na leitura e interpretação de CTG, patologias da gravidez, as várias fases do trabalho de parto e os mecanismos do parto.

A aprendizagem consistiu também na observação das situações novas, das técnicas e habilidades utilizadas pela equipa multidisciplinar. As situações eram discutidas com o OL e serviam de motivo para serem aprofundadas através de nova pesquisa bibliográfica.

Durante a primeira semana de EC embora participasse na prestação de cuidados às mulheres/família, optei por ter uma atitude mais centrada na observação e reflexão dos cuidados prestados pelo OL durante as várias fases do TP.

No acolhimento da mulher/acompanhante, após a minha apresentação, explicava os procedimentos habituais do serviço, em seguida procurava perceber quais eram as expectativas da mulher, esclarecer as dúvidas e proporcionar um ambiente que transmitisse tranquilidade e segurança à mulher/acompanhante.

As grávidas eram internadas para vigilância do bem-estar materno fetal e tratar dos seus problemas de saúde/complicações da gravidez, ou para indução do TP ou ainda porque já tinham iniciado a fase activa do trabalho de parto.

Percebi neste EC a importância das manobras de Leopold, que apesar do avanço tecnológico dos equipamentos, esta é uma competência primordial para a verificação da estática fetal, da localização mais favorável para a audição dos batimentos cardíacos fetais, palpação do fundo uterino e que serve também para promover a relação de proximidade que necessitamos para avançar para a observação genital, avaliação do colo uterino (cervicometria), da bacia (pelvimetria) e avaliação interna do nível de progressão do feto (Planos de Hodge/ DeLee) no canal de parto. De ressaltar que estes procedimentos, manobras de Leopold e avaliação obstétrica foram feitos sempre com o prévio consentimento informado da mulher.

Este era o procedimento inicial, posteriormente, segundo o protocolo mantinha-se uma veia periférica canalizada. Anotava-se a hora da última refeição e informava-se a grávida que devia manter-se em jejum até nova orientação. Apesar de a grávida já ter sido submetida à triagem na admissão, repetiam-se algumas perguntas para validar a informação, verificava-se o boletim de saúde da grávida e colmatavam-se falhas a nível de exames laboratoriais (sanguíneos ou de exsudados). No caso da existência de patologias concomitantes, adequava-se o plano de cuidados para a resolução ou controlo da situação de risco.

A importância dos registos de enfermagem era enfatizada pela chefia, elaboravam-se registos de hora a hora, sendo esses momentos de contacto privilegiados para estabelecer a relação terapêutica, perceber o contexto daquela gravidez, e para prestar cuidados especializados de qualidade e individualizados à mulher/acompanhante, desde que a grávida se encontrasse na fase activa do TP iniciava-se os registos no partograma em suporte digital.

Gradualmente, fui-me tornando mais autónoma e com mais segurança não só na prestação do plano de cuidados, mas também no processo de educação para a saúde da mulher/família promovendo os cuidados antecipatórios para o parto, o período perinatal e para o momento da alta, ou seja, intervenções que minimizassem a ansiedade e/ou desconfortos e promovessem o bem-estar materno fetal/acompanhante e a garantir a continuidade dos cuidados na comunidade.

“O trabalho de parto (TP) entende-se como sendo um conjunto de fenómenos fisiológicos que conduzem à dilatação do colo uterino e à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior” (Graça, 2010), segundo o mesmo autor o TP pode-se dividir em três diferentes estádios e são designados por dilatação, período expulsivo e dequitação, os quais têm

características e tempos bem definidos por Friedman. O 4º estágio ou puerpério imediato é definido como as 2 primeiras horas do pós-parto.

Neste EC houve oportunidades de prestar cuidados à mulher durante todos os estágios bem como nas fases de dilatação (fases latente e activa), os quais têm tempos e características bem definidas. No início deste EC apenas tinha realizado uma única cervicometria, portanto as experiências encontradas foram relevantes para o processo de aprendizagem, tendo no fim do EC conseguido avaliar com segurança a cervicometria e estática fetal, pensando que ainda deva aperfeiçoar a avaliação da variedade.

As contracções uterinas regulares provocam na mulher desconforto e dor. No acolhimento e em todos os contactos é-lhe perguntado e avaliado o nível da dor, sendo no serviço utilizada a escala numérica, explicando-se à mulher o seu significado. Informa-se sobre as diferentes técnicas de alívio da dor não farmacológicas e técnicas de relaxamento que estão disponíveis (musicoterapia que está disponível em todos os quartos de dilatação, o acompanhante poderá ser incluído realizando massagens de conforto e ajudando no controlo das técnicas de respiração, adopção de posições que melhoram o conforto/ progressão do TP, como por exemplo a bola e a deambulação) e as técnicas farmacológicas. Informa-se também sobre as limitações e possíveis efeitos secundários das diferentes opções, evitando fazer juízos de valor, pois muitas mulheres sentem-se inseguras para a tomada de decisão e pedem a nossa opinião. O consentimento informado permite uma participação activa da mulher, que age de acordo com a sua cultura, pelo que poderemos considerar este procedimento facilitador para a integração dos cuidados multiculturais.

Sempre que a mulher o desejasse e as condições fossem favoráveis realizava-se a analgesia epidural ou sequencial. Para a realização deste procedimento a presença do enfermeiro é fundamental no apoio à mulher e ao anestesista. Existem no serviço protocolos de administração das analgesias epidurais e “repicagens” que se poderão fazer se necessário, respeitando o tempo mínimo de 2/2 horas e a dosagem dos estupefacientes de acordo com o estágio do TP.

Um dos efeitos secundários da anestesia epidural, é o relaxamento muscular e a diminuição de hormonas como a ocitocina endógena, obtendo-se como uma das respostas fisiológicas a redução das contracções uterinas. Este fenómeno justifica a administração de ocitocina em perfusão, para

regularizar a frequência e incrementar a intensidade das contracções. Existe o risco de taquissistolia (mais de 5 contracções em 10 minutos) que pode provocar uma diminuição da perfusão uteroplacentária e por consequência uma resposta fetal que se traduz com bradicardia, indiciando o sofrimento fetal. A nível de registos do CTG podemos observar a presença da taquissistolia e desacelerações prolongadas. Os registos de enfermagem imediatos após cada procedimento são essenciais para podermos fazer o diagnóstico diferencial e relacionar o fenómeno causa/efeito.

A grande dificuldade que sentia inicialmente era durante o período expulsivo a exteriorização da cabeça. O momento era sempre vivido com grande ansiedade, a tutela da minha orientadora e momentos de introspecção, auxiliaram-me a controlar melhor a situação e a prosseguir no percurso de aprendizagem de habilidades e competências no 2º período do TP, tais como: estar atenta à auscultação dos batimentos fetais, sabendo que neste período expulsivo as desacelerações são frequentes e não são necessariamente sinónimo de sofrimento fetal, aprendendo a distinguir das situações de urgência/emergência obstétrica.

De igual forma, contribui para o desenvolvimento de competências no controlo e condução da mulher de modo a manter o ambiente seguro, para perceber quando aumentar a perfusão de ocitocina, quando administrar a anestesia local no períneo, perceber a textura e elasticidade perineal para a tomada de decisão sobre a realização da episiotomia, perceber o momento oportuno para a realização da episiotomia, a despistagem de circular cervical, sendo este o momento sempre temido, onde sempre demorava mais tempo que um enfermeiro experiente, mas porque queria certificar-me que realmente não falharia na avaliação.

No final dos anos 80, a técnica da episiotomia era muito utilizada fazendo parte das rotinas, segundo as estatísticas, tendo uma elevada prevalência na primíparas, sendo a justificação desta intervenção para evitar as lacerações extensas/complicadas do períneo, eu também era defensora desta intervenção. Actualmente, a OMS considera como Conduta frequentemente utilizada de modo inadequado o uso rotineiro da episiotomia, também a IMC (2010) preconiza que a parteira tenha princípios de: prevenção de lesões no pavimento pélvico e lacerações do períneo; indicações para realizar uma episiotomia, princípios da gestão expectante (fisiológica) da 3ª fase do trabalho de parto e preconiza uma intervenção mais conservadora, pois isto irá beneficiar a mulher na sua recuperação pós-parto.

Para conseguir um períneo intacto foi necessário adquirir competências para fazer uma boa avaliação do estado nutricional da mulher, da elasticidade perineal, da estimativa de peso do feto e do comportamento da mãe.

Também é fundamental adquirir competência técnica para saber controlar a descida e deflexão da cabeça fetal travando o movimento e protegendo o períneo no momento expulsivo. Dos 57 partos realizados resultaram 19 períneos intactos, 21 episiotomias, sendo que por vezes apesar de se ter realizado a episiotomia, houve lacerações concomitantes, perfazendo um total de 16 lacerações (perineais e do pequeno lábio). A falta de prática das técnicas de sutura também foram um dos pontos que tive de treinar para corrigir e melhorar esta habilidade. O domínio desta técnica e conhecimento da anatomia do períneo são muito importantes na reparação da episiotomia e/ou lacerações do períneo e mucosa vaginal. A perfeita hemostase e a reconstrução anatómica, empregando o mínimo de material de sutura, são essenciais para garantir uma boa cicatrização com ausência de sequelas, evitando que no futuro a mulher possa vir a referir dispareunia e/ou sofrer de incontinência urinária.

À medida que o estágio se ia desenrolando o meu foco de atenção também começou a abranger tudo o que se passava em meu redor, isto permitiu-me continuar a nutrir a relação terapêutica anteriormente estabelecida com a mulher/acompanhante nas fases de dilatação, mantendo-a também durante o período expulsivo.

No terceiro estágio do TP, não tive grandes dificuldades. Após o nascimento, parava-se a perfusão com ocitocina (PO) até se dar o descolamento da placenta e a sua expulsão. Houve três situações retenção de placenta, tendo numa das situações ficado preso um cotilédone, noutra situação ficaram restos placentares e na terceira situação a dequitação foi feita manualmente pela médica. Estas situações foram imediatamente detectadas e confirmado ecograficamente o diagnóstico, sendo num dos casos necessário a realização de uma curetagem (o facto do colo se encontrar ainda dilatado facilitou a realização deste procedimento, esta actuação precoce evitou possíveis complicações no puerpério, nomeadamente a hemorragia e a infecção). A integridade da placenta e das membranas era inspeccionada sistematicamente.

Após a dequitação procedia-se à avaliação externa do útero/ verificação do globo de segurança de Pinard, e a reiniciava-se a administração da PO, verificavam-se as perdas hemáticas vaginais e

faziam-se os cuidados de higiene e conforto, geralmente aplicava-se gelo, pelas suas propriedades anti-inflamatórias, para evitar o edema e dor do períneo.

Durante este EC, experienciei muitas situações, e, realmente, cada uma delas distinguia-se de todas as outras. Algumas situações requereram muita destreza na execução das manobras e um bom domínio das competências técnico-científicas, citando como exemplo, as circulares cervicais do cordão, circulares corporais, cordões muito curtos, duas procidências da mão e uma do pé, duas situações de distócia de ombros.

Para além das competências necessárias para conduzir o TP e parto de forma segura, fiz vigilância do bem-estar materno-fetal a um total de 177 grávidas com patologia concomitante, nomeadamente hipertensão crónica ou induzida pela gravidez, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, ameaça de parto pré-termo, rotura prematura de membranas, hemorragia do 2º e 3º trimestre, grávidas com infecção VIH (e administração de terapêutica profiláctica), e grávidas sem patologia (mas que necessitavam de avaliação de risco contínua) internadas por CTG com traçados pouco tranquilizadores, taquicardia fetal.

Relativamente a desenvolver competências referidas no H.3.1 para otimizar a adaptação do RN à vida extra-uterina, prestei cuidados imediatos pós-nascimento, nomeadamente, permitindo a “(...) avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina (...)” (OE, 2011a, p.8664).

No contexto de BP, quando houve oportunidade também prestei cuidados imediatos neonatais, quer em partos eutócicos, quer em partos distócicos. Destes cuidados saliento a avaliação da função respiratória/ circulatória, de forma a ponderar a necessidade de fazer a aspiração (da orofaringe, nasal) para desobstrução das vias aéreas e aspiração do estômago (em caso de ingestão de mecónio), avaliação do Índice de Apgar (IA) no primeiro, quinto e décimo minutos de vida, a administração de vitamina K para evitar a doença hemorrágica neonatal, lavagem ocular com soro fisiológico para reduzir o risco de infecção ocular, observação sistemática do RN para despistagem de anomalias/malformações, pesar e vestir o bebé de modo a evitar a hipotermia. Também se informa sobre os protocolos das pulseiras de identificação do RN/puérpera.

Estes momentos revelaram-se ser muito benéficos no aprofundamento e na consolidação das competências técnico-científicas e relacionais que são esperadas no processo de aprendizagem de um curso de especialização, sendo capaz de estabelecer as prioridades e prestar cuidados especializados de qualidade para potenciar a saúde da mulher e RN.

4.3 – Cuidar do RN/puérpera/família

O segundo objectivo de estágio, que se fundamentou na competência H3.2 e H4 do Regulamento nº 127/2011 e competências IV, V e VI do IMC, foi: *“Prestar cuidados de enfermagem especializados, no sentido de otimizar a saúde da puérpera e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina, em contexto de BP e UCIEN, tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar da mulher/recém-nascido (RN) /família no puerpério e período neonatal, de forma a contribuir para a diminuição das morbilidade e mortalidade materna, perinatal e neonatal.”* É também preconizado na prestação de cuidados neonatais *“.. cuida do recém-nascido, inserido na família, durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde do recém-nascido e assegurar a sua adaptação à vida extra-uterina, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade”*.

A promoção do contacto pele-a-pele e da relação precoce com a mãe se possível ou com o acompanhante significativo são também cuidados essenciais após o parto. Houve sempre a preocupação no sentido de promover o aleitamento materno precoce, de acordo com as orientações da OMS/UNICEF, sendo esta intervenção prioritária no pós-parto imediato.

Na ausência de grávidas internadas, prestei cuidados no recobro do puerpério, onde vigiei a puérpera e a adaptação à vida extra-uterina do RN para o despiste precoce das complicações no pós-parto imediato, adequando as intervenções às necessidades identificadas. Pela filosofia do HRCAS, pratica-se o alojamento conjunto desde a 1ª hora se as condições de saúde do RN/puérpera o permitirem. Estando sensibilizada para esta medida preconizada pela UNICEF/OMS, aproveitei todas oportunidades para promover o aleitamento materno e o estabelecimento da relação precoce, dando apoio à díade, detectando e corrigindo eventuais dificuldades.

A utilização sistemática da escala da dor no RN é um projecto que irá ser implementado no BP, o EC em Neonatologia sensibilizou-me ainda mais para este problema, pois frequentemente é esquecida a dor causada por um parto difícil/traumático no RN, sendo que esta situação pode originar comportamentos como por exemplo o choro contínuo e a recusa alimentar do RN. É importante que o EESMOG tenha uma visão mais ampla do período neonatal que o ajuda a estar mais sensível para as características do RN e todos os desvios de comportamento, que são indicadores de agravamento do estado de saúde e dor.

4.4 – O Cuidar cultural

Outro objectivo de estágio, fundamentado nas competências do IMC e descrito no Preâmbulo do Regulamento nº127/2011, foi: *“Adequar os cuidados atendendo às particularidades culturais da mulher / RN / família, prestando cuidados de saúde competentes de elevada qualidade, que inclua o trabalho com a mulher e profissionais de saúde para que se ultrapassem barreiras culturais que prejudicam a Mulher e o RN.”* - Foram delineadas estratégias específicas nomeadamente a realização de um projecto de estudo, uma reunião antecipada com a Enfermeira Chefe do serviço em Janeiro de 2012 para explicar o projecto e saber como é que poderia implementá-lo no serviço.

A aquisição de competências nesta área da multiculturalidade era importante, uma vez que para além de cuidar de muitos imigrantes, também faz parte dos meus projectos profissionais imergir noutras culturas e nelas prestar cuidados especializados na área da Saúde Materna e Obstetrícia. O enfermeiro orientador era conhecedor das diferentes culturas tendo ele também uma vasta experiência nesta área da multiculturalidade.

A cultura da instituição, no contexto laboral (procedimentos e protocolos) está muito enraizada nos profissionais, principalmente nos recém-iniciados, grupo com o qual me identifico (enquanto aluna da especialidade). Apesar de gradualmente ter ganho autonomia, também senti os mesmos receios e ansiedades na tomada de decisão para concretizar os desejos da mulher, como por exemplo, durante a deambulação existem muitas perdas de sinal do CTG, não permitindo fazer um registo contínuo dos batimentos fetais, em consequência a tendência era para deixar a mulher deitada em decúbito lateral. No entanto, em relação ao parto normal/de baixo risco a OMS

considera ser uma conduta útil e que deve ser estimulada a monitorização fetal por meio de ausculta intermitente.

Tive a oportunidade de constatar que, de modo a melhorar a qualidade dos cuidados e respeitar os costumes/crenças da mulher/família, é necessário primeiro ser conhecedores dessas culturas, ser conhecedores da nossa própria cultura, estar aptos a fazer paralelos e ser capazes de negociar com a população de imigrantes.

O desenvolvimento das competências culturais, no âmbito deste EC foi-se revelando através da capacidade de promover uma dinâmica assistencial (ter os conhecimentos, as competências e as habilidades) adequada à diferença e que me permitiam prestar cuidados congruentes com as crenças e práticas culturais da mulher.

Gradualmente fui recolhendo dados de âmbito cultural nos contactos efectuados, tentei sempre que possível adaptar os cuidados de forma a serem congruentes com a cultura da parturiente, sentindo que o facto de mostrar esta disponibilidade, aumentava a satisfação da mulher/acompanhante, individualizava o plano de cuidados, aceitava os papéis de género e através da observação e pesquisa fui compreendendo a dinâmica familiar das parturientes imigrantes, nomeadamente:

- Nas culturas africanas verificou-se que a pessoa significativa durante o trabalho de parto e parto mais frequente era uma mulher mais velha (mãe, tia ou irmã mais velha), sendo uma figura interventiva e muito útil para acalmar a parturiente, a sua presença enquanto interlocutora constitui uma mais-valia. A mulher africana traduz frequentemente os seus sentimentos através da gesticulação e expressão facial, cantilenas e valoriza a deambulação e agachamentos.
- Nas famílias indianas era o marido que estava presente servindo muitas vezes como tradutores, pois algumas destas mulheres imigraram por reunificação familiar e ainda não falavam o português. Na cultura hindu o nome da criança geralmente é dado pela avó após o nascimento do bebé, a avó tem grande influência neste período perinatal. O nascimento de um filho é sempre motivo de grande celebração por parte de toda a família .

- Nas famílias da Europa do Leste a pessoa significativa era o companheiro, tendo a grande maioria destes imigrantes um grau de escolaridade mais elevado, geralmente faziam muitas perguntas em relação aos procedimentos, tentando compreender tudo o que se passava ao seu redor. O conceito de família geralmente só abrange a família nuclear.
- Ao longo da formação académica sempre foi uma preocupação perceber as crenças e valores das outras culturas para melhor adequar os ensinamentos à mulher/família imigrante. No EC II (Puerpério) tinha elaborado um folheto sobre a cultura chinesa, pois perceber esta cultura tinha sido a maior dificuldade das enfermeiras deste serviço. (ver anexo VIII)

Nas iniciativas de educação para a saúde e explicação no plano de cuidados (protocolos e procedimentos) incorporei a literacia em saúde da parturiente/acompanhante.

A competência cultural implica por parte do profissional ter de desenvolver capacidades de comunicação e negociais bem como competências relacionais não só com as utentes como também com a equipa multidisciplinar e gestão operacional.

4.5 - Reflexão

O meu processo de aprendizagem, enquanto estudante da especialidade em Saúde Materna e Obstetrícia, foi um longo percurso de 4 semestres (2 anos) em que me empenhei a adquirir competências que me permitiram atingir os objectivos a que me propus, ou seja, aprofundar os conhecimentos na área da especialidade escolhida de modo a que estes se traduzam na prestação de cuidados de Enfermagem de elevada qualidade à mulher e RN.

Ao elaborar o relatório pretendeu-se fazer uma análise fundamentada e reflexiva (autoscopia) sobre a minha prática de cuidados, sobre o desenvolvimento de competências não apenas técnico-científicas, mas também as relacionais. Espero também que ele seja um contributo para a mudança, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados, de modo a torná-los mais flexíveis e adaptados às necessidades de cada mulher/família, integrando as crenças e valores inerentes à sua cultura na sala de partos e comunidade.

A nível pessoal e académico aproveitei a oportunidade para desenvolver competências da expressão escrita e de conhecimentos, envolvendo-me no meu processo formativo e adquirindo

capacidades comunicativas para a construção e fundamentação de argumentação que me foram úteis e servirão de ferramentas essenciais para futuros trabalhos.

Ao longo deste relatório fui falando dos meus medos e dificuldades encontrados, muitos causados pelo papel de estudante que vivencia um ambiente diferente daquele que é familiar, deparando-me com novas situações. No entanto, considero que consegui ultrapassar todas as dificuldades, elas ajudaram-me a superar-me e evoluir como pessoa e como profissional, dando-me uma nova perspectiva sobre as minhas capacidades de adaptação.

Considero que, apesar dos constrangimentos, consegui aproveitar as oportunidades de aprendizagem que me foram proporcionadas, tendo sido capaz de desenvolver as competências específicas do EESMOG preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros e pela IMC e elencadas no guia orientador da UC “ Estágio com Relatório”, bem como ter atingido os objectivos inerentes ao EC, referentes à prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família/comunidade durante o trabalho de parto, tendo este processo sido um crescimento gradual e bem consolidado.

Tenho consciência de que devo continuar a aprofundar/treinar as competências adquiridas e perseguir o meu caminho profissional em busca da excelência. Segundo o modelo de Benner (2001) relativo ao nível de competências desenvolvidas, poderei considerar que evolui do estadio de iniciada avançada no âmbito da prestação de cuidados à mulher nos 4 períodos do TP para um nível de competente. Como refere Benner (2001), a enfermeira torna-se competente quando toma consciência dos seus actos em termos objectivos, ou seja quando compreende quais são os aspectos importantes e os que podem ser ignorados perante uma determinada situação, gerindo o seu tempo em função dos cuidados a prestar.

5 - CONCLUSÃO

Actualmente, a diversidade cultural é uma realidade em Portugal. A cultura tem influência na saúde, na interpretação e nas respostas (comportamentos de procura de saúde/adesão à terapêutica) do indivíduo nos cuidados de saúde. Para que os cuidados de saúde sejam eficazes, têm de reflectir uma compreensão dos valores crenças, atitudes, formas de vida e visão do mundo de diversas populações e padrões de aculturação individuais.

A aquisição da competência cultural é crucial na integração dos imigrantes para a prestação efectiva de cuidados de saúde, pois este grupo encontra-se mais vulnerável no que toca a doenças e problemas de saúde, dado o impacto das diferenças do meio ambiente físico e social, das culturas e hábitos, das barreiras linguísticas, das diferenças nos sistemas administrativos e legais, entre outros. (Fonseca, 2007)

O Bloco de Partos é um local que possibilita o encontro com várias culturas, proporcionando momentos de partilha privilegiados com a mulher/família que permitem a aquisição da competência multicultural e onde esta é uma ferramenta essencial para a integração da mulher/família e transmissão de competências parentais adequadas à diversidade integradas no contexto português.

Tendo consciência, que a implementação do projecto que se traduziu neste pequeno estudo não permite generalizações, mas enquanto estudo qualitativo sobre a Competência Cultural, contribuiu para atingir os objectivos propostos para o Relatório de Estágio - Analisar as dificuldades sentidas pelos ESMOG em situação de multiculturalidade e identificar as estratégias por eles utilizadas para desenvolverem competências multiculturais; permitiu chegar às conclusões abaixo descritas:

- Permitiu aprofundar conhecimentos sobre a Competência Cultural e a sua importância. A RSL serviu também para suportar os resultados da implementação do projecto.
- A Revisão Sistemática da Literatura permitiu concluir que os profissionais e instituições culturalmente competentes são ingredientes essenciais para o aumento da satisfação dos utentes face aos cuidados de saúde e a redução de razões multifactoriais causadoras de desigualdades na saúde da população.

- Conclui-se que os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia (EESMOG) estão sensibilizados para a problemática da multiculturalidade; De acordo com os níveis de competência de Leininger encontram entre o nível I e o II.
- Os EESMOG não conheciam as especificidades das diferentes culturas. Dos encontros clínicos com a mulher imigrante podem surgir práticas e representações da maternidade mutuamente aceitáveis e apropriadas, sendo estas, alicerçadas nas crenças e valores.
- As dificuldades sentidas pelos EESMOG nos cuidados prestados à parturiente imigrante foram principalmente as barreiras linguísticas. O enfermeiro demonstrou ser criativo nas estratégias de comunicação, tais como mímicas, gestos ou desenhos.
- Outra dificuldade é a carga laboral do EESMOG gerando um *stress* contínuo nos participantes.
- Existe pouca divulgação dos serviços de intérpretes formais/ mediadores culturais.
- Os EESMOG da Sala de Partos têm pouca formação profissional na área da multiculturalidade
- As medidas implementadas pelo serviço para a melhoria dos cuidados de Enfermagem à díade, nomeadamente a musicoterapia não estavam a ser utilizadas em pleno, por só existir uma variedade de música.
- Na educação para a saúde realizada pelos profissionais de saúde, é importante fornecer folhetos educativos que poderiam estar em diferentes línguas.

Projectos para o futuro:

- ❖ Os cuidados de Saúde da Mulher pretendem ser abrangentes e estendem-se à população imigrante residente na nossa área de influência, neste âmbito pretendo continuar a aprofundar os conhecimentos sobre as diversas culturas predominantes de modo a prestar cuidados culturalmente coerentes de excelência. Implementar estratégias de integração tais como a elaboração/tradução de panfletos educativos/informativos nas línguas mais faladas na comunidade, bem como promover momentos de partilha intercultural nas sessões de educação para a saúde realizadas na comunidade.
- ❖ Fazer a uma sessão às equipas multidisciplinares do HRCAS e do meu local de trabalho para:
 - a) Transmitir a informação relevante recolhida na implementação do projecto, apresentar os Modelos de Competência Cultural (o Modelo Sunrise de Leininger, o Modelo de Avaliação Transcultural de Giger e Davidhizar, o Modelo de Campinha-Bacote – Processo de Competência Cultural na Prestação de Cuidados de Saúde, o Modelo de Purnell.de Competência Cultural)
 - b) Propor a implementação do modelo escolhido para recolha de dados sobre as etnias mais frequentes e inseri-lo no processo de avaliação de enfermagem, este procedimento/estratégia no serviço terá o intuito de melhorar a qualidade da prestação dos cuidados.
 - c) Durante as consultas de vigilância pré-natal incentivar as grávidas a fazerem o seu plano de parto e a apresentarem-no aquando da sua admissão na maternidade.
- ❖ Num futuro próximo planeio ir viver para a Suécia, a barreira linguística será certamente a grande dificuldade pois ainda não domino a língua, mas pretendo continuar a desenvolver a minha actividade com as novas competências adquiridas e antevejo esta mudança como uma oportunidade.

6 – BIBLIOGRAFIA

- ✚ ABREU W. C. (2003) - **Saúde, doença e diversidade cultural**. Instituto Piaget, Lisboa, ISBN: 972-771-638-5
- ✚ ALLIGOOD M. R.; TOMEY A. M. (2004) – **Teóricas de Enfermagem e a sua obra**. Loures: Lusociência Edições Técnicas e Científicas, Lda, ISBN 972-8383-74-6
- ✚ AZEVEDO, M. (2009) - **Teses, Relatórios e Trabalhos Escolares: sugestões para a estruturação da escrita**. 7ª edição, Lisboa: Universidade Católica editora, ISBN 978-972-54-0247-4
- ✚ BENNER, P (2001) – **De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem**. Quarteto Editora, ISBN: 972-8535-97-X
- ✚ BARDIN, L. (2009)- **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Edições 70, ISBN 978-972-441-5062
- ✚ BEZERRA, MGA; CARDOSO, MVLML. (2006) - **Factores Culturais Que Interferem nas Experiências das Mulheres durante o Trabalho de Parto e Parto**. Rev. Latino-am Enfermagem (Maio-Junho 2006), 14(3):414-21
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a16.pdf> (acedido a 05.11.2011)
- ✚ BOGDAN, R.; BIKLEN, S. (1994) – **Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora, 336 p. ISBN 972-0-34112-2
- ✚ BRANDEN, P. (2000) – **Enfermagem Materno-infantil**. 2ª Edição, Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, ISBN 85-87148-41-9
- ✚ CARMO, H.; FERREIRA, M. (1999) – **Metodologia da Investigação: Guia da Auto-aprendizagem**. Lisboa: Universidade Aberta, ISBN 972-674-231-5 p.353
- ✚ CORREIA, M.J. (1998) - **Sobre a maternidade :Análise Psicológica**. (XVI): 365-371.
- ✚ DAVIDHIZAR, R.; GIGER, J. (1995) – **Transcultural Nursing – Assessment and Intervention**. 2ª Edição, St. Louis: Mosby-Year Book, ISBN 0-8016-7411-5
- ✚ DE VRIES, C.; DE VRIES, R. – **Childbirth Education in the 21th Century: An Immodest Proposal**. The journal of Perinatal Education, Vol 16, Nº 4, 2007
- ✚ FONSECA, M.L; GORACCI, M *et al* (2007) – **Mapa de boas práticas: Acolhimento e Integração de imigrantes em Portugal**. Lisboa: ACIDI, ISBN 978-92-9068-413-8
- ✚ FORTIN, M.F. (1999) – **O Processo de investigação, da Concepção à Realização**. Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-10-X

- ✚ FORTIN, M.F; COTÊ, J.; FILION, F. (2009) – **Fundamentos e etapas do processo de investigação.** Loures: Lusodidacta, ISBN 978-989-8075-18-5
- ✚ GRAÇA L.M (2010) – **Medicina materno-fetal.** 4ª edição, Lisboa: Lidel, ISBN 978-972-757-654-8
- ✚ HUMPAR (2010) – **Recomendações da OMS no Atendimento ao parto normal.**
<http://www.humpar.org/recomendaccedilotildees-da-oms-no-atendimento-ao-parto-normal.html>
- ✚ LEININGER, M. (1988) – **Care: the essence of nursing and health.** 2ª Edição, Detroit: Wayne, ISBN 0-8143-1995-5
- ✚ LEININGER, M. (1990) – **Ethical and moral dimensions of care.** Detroit: Wayne, ISBN 0-8143-2332-4
- ✚ LEININGER, M. (1995) – **Transcultural Nursing: concepts, theories, research and practices.** 2ª Edição, Nova Iorque, McGraw Hill, ISBN 0-07-039660-3 p.27-29
- ✚ LEININGER, M.; McFARLAND, M.R (2006) – **Culture Care Diversity and Universality: a worldwide Nursing theory.** 2ª Edição, Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, ISBN 0-7637-3437-3
- ✚ LILADAR, C.; NOVAIS, G. (1998) – **O Cuidar em Situação de Multiculturalidade.** Escola Superior de Enfermagem Fernanda Resende. Monografia
- ✚ LOPES, J.C.R. *et al* (2009) – **Multiculturalidade: perspectivas da enfermagem, contributos para melhor cuidar.** Loures: Lusociência, ISBN 978-972-8930-45-5 p.272
- ✚ LOPES, L (2007) - **Gravidez e seropositividade em mulheres imigrantes na Região de Lisboa - Teses 11.** Lisboa: Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.), ISBN 978-989-8000-35-4
- ✚ LOZOFF, B.; et al. (1998) - **Childbirth in cross-cultural perspective.** “Marriage and Family Review”
- ✚ KITZINGER, S (1984) – **A experiência do parto.** Lisboa: Instituto Piaget, ISBN 972-8245-25-4
- ✚ MACHADO, M.C *et al* (2006) – **Iguais ou diferentes?- Cuidados de saúde materno-infantil a uma população de imigrantes.** 1º Edição, Bial, ISBN 978-989-95520-0-5

- ✚ MAMEDE *et al* (2007) - **O efeito da deambulação na duração da fase activa do trabalho de parto.** Volume 11, Número 3, Jul/Set – 2007
http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=239 (acedido a 20.12.2012)
- ✚ MAPUTLE, M.; JALI, P. – **Dealing with diversity: incorporating cultural sensitivity into midwifery practice in the tertiary hospital of capricorn district, Limpopo province.** EBSCO artigo de investigação, 2006
- ✚ NETO, F. (2002) – **Psicologia Intercultural.** 2ª ed., Lisboa: Universidade Aberta, ISBN: 972-674-376-1
- ✚ NETO, F. (2003) – **Estudos de Psicologia Intercultural: Nós e Outros.** 2ª ed., Lisboa: Edição da Fundação Calouste Gulbenkian, ISBN: 972-31-0769
- ✚ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.** Lisboa: Assembleia-geral, 20 de Novembro 2010.
- ✚ OMS (1996) - **Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático.**
http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf (acedido a 13.12.2012)
- ✚ PORTUGAL (2011) - **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica** - Diário da República, série II, nº 35, 18 de Fevereiro, Decreto-Lei nº 127/2011, p.8664
- ✚ PURNELL L. D., PAULANKA B. J. (2010) – **Cuidados de saúde transculturais: uma abordagem culturalmente competente** – 3ª edição, Amadora, Lusodidacta ISBN: 978-989-8075-28-4
- ✚ REITMANOVA, S.; GUSTAFSON, D. – **“They can’t understand it” Maternity Health and Care needs of Immigrant Muslim Women in St. John’s, Newfoundland.** Springer Science + Business Media, LLC 2007
- ✚ SERVIÇO DE ESTRANGEIROS E FRONTEIRAS (2012) - **Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo – 2011.** Oeiras: SEF, Departamento de Planeamento e Formação (Núcleo de Planeamento), ISBN: 978-972-98772-9-2
- ✚ SIMPSON, K.R.; CREEHAN, P.A.; Association of Women’s Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN) (2008) – **Perinatal Nursing.** 3ª ed. Filadelfia: Lippincott, Williams & Wilkins, ISBN-13 978-0-7817-6759-0 p.709

- ✚ STREUBERT, H.J.; CARPENTER, D.R. (2002) – **Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista**. 2ª ed. Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-29-0 p.163
- ✚ SHERIDAN, C. *et al* – **Comparing birth plan preferences among Irish and Nigerian women**. British Journal of Midwifery, Vol 19, N°3, 2011
- ✚ SOPA, M.J (2009) - **Representações e práticas da maternidade em contexto multicultural e migratório**. Lisboa, Universidade Aberta. Tese de Mestrado <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1343/1/Representa%c3%a7%c3%b5es%20e%20Pr%c3%a1ticas%20da%20Maternidade%20em%20Contexto%20Multicu.pdf>
- ✚ SURTEES, R. – ‘Everybody expects the perfect baby ...and perfect labour...and so you have to protect yourself’: discourses of defence in midwifery practice in Aotearoa/New Zealand. Blackwell Publisher Ltd, Nursing Inquiry n° 17, Abril 2010, p. 80-81
- ✚ UNESCO (2005) **Convenção sobre a protecção e a promoção da diversidade das expressões culturais** http://www.unesco.pt/cgi-bin/cultura/docs/cul_doc.php?idd=17, (acedido a 02.02.2012)
- ✚ UNESCO (2002) **Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural** <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127160por.pdf>, (acedido a 02.02.2012)
- ✚ http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3419:etica-e-cuidar-em-enfermagem&catid=186;, (acedido a 27.07.2011)
- ✚ http://meridium.fcsh.unl.pt/analise_contexto_portugal.pdf (acedido a 27.07.2011)
- ✚ <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf> , (acedido a 27.07.2011)
- ✚ <http://www.unesco.org/culture>, (acedido a 02.02.2012)
- ✚ WOOD, M.; ATKINS, M. – **Immersion in another culture: one strategy for increasing cultural competency**. Journal of Cultural Diversity, Vol 13, N°1, 2006
- ✚ ZAUDERER, C. – **Maternity Care for Orthodox Jewish couples: Implications for Nurses in the Obstetric Setting**. AWHONN, 2009

ANEXO I

PREÂMBULO DO REGULAMENTO N.º 127/2011 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA DESCRITAS PELA OE

Regulamento n.º 127/2011

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

Preâmbulo

Em concordância com o conceito alvo de intervenção, definido e assente na premissa que “os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue”, define-se a Mulher no âmbito do ciclo reprodutivo como a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, tendo subjacente o pressuposto de que a pessoa, como ser sociável e agente intencional de comportamentos é um ser único, com dignidade própria e direito a auto-determinar-se (a Mulher, como a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, deve ser entendida numa perspectiva individual como a pessoa no seu todo, considerando a inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve, constituído pelos elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais; e numa perspectiva colectiva como grupo-alvo entendido como o conjunto das Mulheres em idade fértil ligadas pela partilha de condições e interesses comuns).

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica assume a responsabilidade pelo exercício das seguintes áreas de actividade de intervenção: 1. Planeamento familiar e pré-concepcional — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença no âmbito da sexualidade, do planeamento da família e do período pré-concepcional; 2. Gravidez — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal; 3. Parto — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o trabalho de parto e parto; 4. Puerpério — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pós-natal; 5. Climatério — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período peri-menopáusico; 6. Ginecologia — assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; 7. Comunidade — assistência às mulheres em idade fértil, actuando no ambiente em que vivem e se desenvolvem, no sentido de promover a saúde sexual e reprodutiva e prevenir processos de doença.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica, assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher.

Assim:

Nos termos da alínea c) do n.º 4 do artigo 31.º-A, da alínea o) do artigo 20.º e da alínea i) do artigo 12.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, após aprovação pelo Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, sob proposta do Conselho Directivo, ouvido o Conselho Jurisdicional e os conselhos directivos regionais, a Assembleia Geral aprova o seguinte Regulamento:

Artigo 1.º

Objecto

O presente regulamento define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica.

Artigo 2.º

Âmbito e Finalidade

O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

Artigo 3.º

Conceitos

Os termos utilizados no presente Regulamento regem-se pelas definições previstas no artigo 3.º do Regulamento que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

Artigo 4.º

Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica

1 — As competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica são as seguintes:

- a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
- b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- d) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- e) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
- f) Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- g) Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

ANEXO I

Competência

H1. Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H1.1 Promove a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.	<p>H1.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de educação sexual e de saúde pré-concepcional.</p> <p>H1.1.2. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da regulação da fecundidade e da fertilidade.</p> <p>H1.1.3. Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade no âmbito do planeamento familiar e pré-concepcional.</p> <p>H1.1.4. Informa e orienta em matéria de planeamento familiar e pré-concepcional.</p> <p>H1.1.5. Promove a decisão esclarecida no âmbito do planeamento familiar e saúde pré-concepcional.</p> <p>H1.1.6. Faculta métodos contraceptivos e supervisiona a utilização.</p>
H1.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional.	<p>H1.2.1. Concebe, planeia, coordena, implementa e avalia intervenções de rastreio e de diagnóstico da situação de saúde da mulher.</p> <p>H1.2.2. Concebe, planeia, coordena, implementa e avalia intervenções de protecção da saúde e prevenção das infecções sexualmente transmissíveis.</p> <p>H1.2.3. Identifica problemas relacionados com a vivência da sexualidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p>

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
	H1.2.4. Identifica e monitoriza o potencial de risco pré-concepcional e obstétrico, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H1.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com infecção sexualmente transmissível, incluindo os conviventes significativos.
H1.3. Providencia cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infecções sexualmente transmissíveis.	H1.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com disfunções sexuais, incluindo os conviventes significativos. H1.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro. H1.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com disfunções sexuais e ou com problemas de fertilidade, incluindo conviventes significativos. H1.3.4. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com infecção sexualmente transmissível, incluindo os conviventes significativos. H1.3.5. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro.

Competência

H2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detectar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H2.1. Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	H2.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde pré-natal. H2.1.2. Diagnostica e monitoriza a gravidez. H2.1.3. Promove a decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, informando e orientando para os recursos disponíveis na comunidade. H2.1.4. Informa e orienta sobre estilos de vida saudáveis na gravidez. H2.1.5. Promove a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade. H2.1.6. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da gravidez. H2.1.7. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável. H2.1.8. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção do aleitamento materno. H2.1.9. Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão. H2.1.10. Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contracepção no período pós-aborto.
H2.2. Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento.	H2.2.1. Informa e orienta a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco. H2.2.2. Identifica e monitoriza saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados. H2.2.3. Prescreve exames auxiliares de diagnóstico necessários à detecção de gravidez de risco. H2.2.4. Identifica e monitoriza desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H2.2.5. Identifica e monitoriza desvios ao padrão de adaptação à gravidez, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H2.2.6. Avalia bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados. H2.2.7. Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto. H2.2.8. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar uma gravidez saudável. H2.2.9. Identifica e monitoriza trabalho de abortamento. H2.2.10. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto. H2.2.11. Identifica complicações pós-aborto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.
H2.3. Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré natal e em situação de abortamento.	H2.3.1. Informa e orienta sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez. H2.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com desvios ao padrão de adaptação à gravidez. H2.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez. H2.3.4. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e ou concomitante. H2.3.5. Aplica medidas de suporte básico de vida à mulher em situação crítica. H2.3.6. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da grávida durante o transporte. H2.3.7. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-aborto. H2.3.8. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento. H2.3.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-aborto.

Competência

H3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efectuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H3.1. Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e optimiza a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina.	<p>H3.1.1. Actua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado.</p> <p>H3.1.2. Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto.</p> <p>H3.1.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos.</p> <p>H3.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos.</p> <p>H3.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno.</p> <p>H3.1.6. Coopera com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.</p>
H3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido.	<p>H3.2.1. Identifica e monitoriza trabalho de parto.</p> <p>H3.2.2. Identifica e monitoriza o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H3.2.3. Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H3.2.4. Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto.</p> <p>H3.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, optimizando as condições de saúde da mãe e do feto.</p> <p>H3.2.6. Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica.</p> <p>H3.2.7. Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra-uterina.</p> <p>H3.2.8. Assegura reanimação do recém-nascido em situação de emergência.</p> <p>H3.2.9. Coopera com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com alterações morfológicas e funcionais.</p> <p>H3.2.10. Identifica alterações morfológicas e funcionais do recém-nascido, referenciando as que estão para além da sua área de actuação.</p>
H3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez e ou com o trabalho de parto.	<p>H3.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos.</p> <p>H3.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente com patologia associada e ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto.</p> <p>H3.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente em caso de retenção de placenta, efectuando em caso de urgência, extracção manual e revisão uterina.</p> <p>H3.3.4. Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H3.3.5. Coopera com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto.</p> <p>H3.3.6. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da parturiente durante o transporte.</p>

Competência

H4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H4.1. Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.	<p>H4.1.1. Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do recém-nascido, promovendo a decisão esclarecida.</p> <p>H4.1.2. Informa e orienta a mulher sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido.</p> <p>H4.1.3. Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contracepção no período pós-parto.</p> <p>H4.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, protecção e apoio ao aleitamento materno.</p> <p>H4.1.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto.</p> <p>H4.1.6. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência do puerpério, potenciando a parentalidade responsável.</p>

Unidades de competência	CrITÉrios de avaliação
H4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal.	<p>H4.2.1. Informa, orienta e apoia a mãe no auto-cuidado e a cuidar do seu filho.</p> <p>H4.2.2. Identifica e monitoriza alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H4.2.3. Identifica e monitoriza o estado de saúde da puérpera e do recém-nascido, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H4.2.4. Identifica complicações pós-parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H4.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher após o parto.</p>
H4.3. Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.	<p>H4.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos.</p> <p>H4.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de recuperação pós-parto.</p> <p>H4.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas correctivas ao processo de aleitamento materno.</p> <p>H4.3.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-parto.</p> <p>H4.3.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à puérpera com patologia associada e ou concomitante.</p> <p>H4.3.6. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, em caso de alterações morfológicas e ou funcionais do recém-nascido.</p> <p>H4.3.7. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de morte fetal/neo-natal.</p> <p>H4.3.8. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-parto.</p> <p>H4.3.9. Cooperar com outros profissionais no tratamento da puérpera com patologia associada e ou concomitante.</p> <p>H4.3.10. Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com problemas de saúde no período neo-natal.</p> <p>H4.3.11. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da puérpera e do recém-nascido durante o transporte.</p>

Competência

H5. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério.

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério, no sentido de potenciar a saúde, apoiando o processo de transição e adaptação à menopausa.

Unidades de competência	CrITÉrios de avaliação
H5.1. Promove a saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa.	<p>H5.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de rastreio e de promoção da saúde durante o climatério.</p> <p>H5.1.2. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da menopausa.</p> <p>H5.1.3. Informa e orienta a mulher com alterações associadas ao climatério.</p> <p>H5.1.4. Informa e orienta a mulher sobre os recursos disponíveis, promovendo a decisão esclarecida.</p>
H5.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher durante o período do climatério.	<p>H5.2.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia intervenções de protecção da saúde e prevenção das alterações associadas ao climatério.</p> <p>H5.2.2. Identifica e monitoriza o estado de saúde da mulher no climatério, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H5.2.3. Identifica e monitoriza o potencial de risco de doenças causadas pelo decréscimo da função ovárica, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H5.2.4. Identifica alterações físicas, psicológicas, emocionais e sexuais decorrentes do climatério, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação.</p> <p>H5.2.5. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com alterações associadas ao climatério.</p>
H5.3. Providencia cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa.	<p>H5.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com disfunções sexuais associadas ao climatério, incluindo os conviventes significativos.</p> <p>H5.3.2. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e ou concomitante ao climatério.</p> <p>H5.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com complicações associadas ao climatério., incluindo conviventes significativos.</p> <p>H5.3.4. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações associadas ao climatério.</p>

Competência

H6. Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica

Descritivo

Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H6.1. Promove a saúde ginecológica da mulher.	H6.1.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de rastreio no sentido de promover a saúde ginecológica. H6.1.2. Informa e orienta a mulher sobre saúde ginecológica. H6.1.3. Informa e orienta a mulher sobre recursos da comunidade no âmbito da saúde ginecológica, promovendo a decisão esclarecida.
H6.2. Diagnostica precocemente e previne complicações relacionadas com afecções do aparelho genito-urinário e/ou mama.	H6.2.1. Diagnostica e monitoriza potencial de risco da mulher para afecções do aparelho genito-urinário e ou mama. H6.2.2. Diagnostica e monitoriza afecções do aparelho genito-urinário e ou mama, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação. H6.2.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com afecções do aparelho genito-urinário e ou mama, incluindo os conviventes significativos. H6.2.4. Cooperar com outros profissionais no diagnóstico das afecções do aparelho genito-urinário e ou mama.
H6.3. Providencia cuidados à mulher com afecções do aparelho genito-urinário e ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação.	H6.3.1. Informa e orienta a mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e ou mama. H6.3.2. Concebe, planeia implementa e avalia intervenções à mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e ou mama. H6.3.3. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocionais e psicológicas à mulher em tratamento de afecções do aparelho genito-urinário e ou mama, incluindo os conviventes significativos. H6.3.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-cirúrgicas de afecções do aparelho genito-urinário e ou mama. H6.3.5. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com afecções do aparelho genito-urinário e ou mama.

Competência

H7. Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade

Descritivo

Cuida o grupo-alvo promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
H7.1. Promove a saúde do grupo alvo.	H7.1.1. Identifica infra-estruturas de saúde da comunidade e as condições de acesso. H7.1.2. Gere os recursos disponíveis na comunidade para dar resposta em situação de urgência/emergência e de transporte. H7.1.3. Diagnostica e monitoriza o estado de saúde das mulheres em idade fértil. H7.1.4. Identifica necessidades em cuidados de enfermagem relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva. H7.1.5. Identifica as causas directas e indirectas da morbi-mortalidade materna e neo-natal utilizando o conhecimento epidemiológico. H7.1.6. Desenvolve estratégias para promover cuidados seguros em diferentes ambientes de nascimento. H7.1.7. Advoga e promove estratégias de “empowerment” para as mulheres em idade fértil. H7.1.8. Advoga o cumprimento da legislação em vigor relacionada com a saúde reprodutiva e maternidade/paternidade.
H7.2. Diagnostica precocemente e intervém no grupo alvo no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva.	H7.2.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções no sentido de responder às necessidades de saúde sexual e reprodutiva. H7.2.2. Valoriza as práticas de saúde tradicionais e contemporâneas, gerindo os seus riscos e benefícios para a saúde das mulheres em idade fértil. H7.2.3. Gere os benefícios e riscos dos locais de nascimento disponíveis. H7.2.4. Avalia e dá parecer sobre condições apropriadas à prática clínica. H7.2.5. Aplica o programa nacional de vacinação e informa sobre as condições de acesso aos serviços de imunização.
H7.3. Intervém na minimização das causas de morbi-mortalidade materno-fetal.	H7.3.1. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções no sentido de minimizar as causas directas e indirectas de morbi-mortalidade materno-fetal. H7.3.2. Cooperar com outros profissionais em programas, projectos e intervenções para melhorar a qualidade global dos serviços no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

Aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica de dia 11 de Setembro de 2010.

Aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010.

20 de Novembro de 2010. — A Bastonária, *Maria Augusta Purificação Rodrigues de Sousa*.

304320089

ANEXO II

COMPETÊNCIAS REFERIDAS PELO *INTERNATIONAL COUNCIL OF MIDWIVES* (IMC) 2002



CONFEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE PARTEIRAS

Competências Essenciais para o Exercício Básico da Profissão de Parteira 2010

PREFÁCIO

A Confederação Internacional de Parteiras (International Confederation of Midwives - ICM) é uma federação de associações de parteiras que representam países de todo o mundo. A ICM trabalha em proximidade com a Organização Mundial de Saúde, com todas as agências das Nações Unidas e governos para apoiar a maternidade segura e estratégias de cuidados de saúde primários para as famílias de todo o mundo. A ICM assume o papel de liderança no desenvolvimento da definição de parteira e na delimitação do âmbito da profissão de parteira (as competências essenciais). A ICM também promove normas e directrizes que definem a estrutura e o contexto esperados dos programas educativos de preparação para os serviços de parteira; fornece orientações para o desenvolvimento de regulamentação para o exercício da profissão de parteira; também presta apoio a países no sentido de fortalecer a capacidade das associações de parteiras e de desenvolver líderes da profissão de parteira em todo o mundo.

Ao longo deste documento, o termo "competências" é utilizado para referir tanto a declaração ampla no início de cada secção, como aos conhecimentos, competências e comportamentos exigidos a uma parteira para uma prática segura em qualquer local. Respondem às questões "O que se espera que uma parteira saiba?" e "O que faz uma parteira?" As competências são *baseadas em evidências*. A maioria das competências são consideradas *básicas* ou *fundamentais*, ou seja, aquelas que seriam de esperar em resultado de uma formação de preparação de uma parteira. Outros aspectos são designados como conhecimento ou competências *adicionais*. As competências adicionais são definidas como aquelas que podem ser aprendidas ou realizadas pelas parteiras numa de duas circunstâncias: a) parteiras que escolhem optar por um âmbito de actividade mais vasto e/ou b) parteiras que têm de adquirir certas competências para fazer uma diferença nos resultados maternos ou neonatais. Isto permite uma variação na preparação e no treino de parteiras em todo o mundo, dependendo das necessidades da sua nação e/ou comunidade local.

As competências são redigidas reconhecendo que as parceiras recebem os seus conhecimentos e competências mediante diversos percursos educativos. Podem ser usadas por parteiras, associações de parteiras e organismos reguladores responsáveis pela formação e treino de parteiras no seu país ou região. As competências essenciais são directrizes para o conteúdo obrigatório do currículo de formação de preparação de parteiras, e as informações para os governos e outros organismos políticos que necessitam de compreender o contributo que as parteiras podem dar ao sistema de cuidados de saúde. As *Competências Essenciais*

para o *Exercício Básico da Profissão de Parteira* são complementadas pelas normas da ICM e pelas directrizes relativas à formação de parteiras, à regulação e à prática clínica.

As *Competências Essenciais para o Exercício Básico da Profissão de Parteira* é um documento vivo. As declarações de competência são submetidas a avaliação contínua e a alterações, à medida que as evidências relativas aos cuidados de saúde e às práticas clínicas surgem e evoluem, e à medida que as necessidades de cuidados de saúde das grávidas e das suas famílias mudam.

CONCEITOS FUNDAMENTAIS DA ACTIVIDADE DAS PARTEIRAS

Existem alguns conceitos fundamentais da actividade das parteiras que definem o papel único das parteiras na promoção da saúde das mulheres grávidas e suas famílias. Estes incluem:

- parceria com as mulheres para promover os cuidados a si próprias e a saúde das mães, bebés e famílias;
- respeito pela dignidade humana e pelas mulheres como pessoas com direitos humanos plenos;
- defesa das mulheres para que a sua voz seja ouvida;
- sensibilidade cultural, incluindo trabalhar com mulheres e prestadores de cuidados de saúde para ultrapassar as práticas culturais que lesam as mulheres e os bebés; e
- atentar na promoção da saúde e na prevenção de doenças, encarando a gravidez como um acontecimento normal da vida.

ÂMBITO DO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO DE PARTEIRA

O âmbito do exercício da profissão de parteira usado ao longo deste documento baseia-se na *Definição Internacional de Parteira* da ICM que reconhece a parteira como um profissional responsável e confiável que trabalha em parceria com as mulheres para lhes prestar o apoio, cuidados e aconselhamento necessários durante a gravidez, trabalho de parto e período pós-parto, para conduzir partos sob a responsabilidade da parteira e prestar cuidados ao recém-nascido e ao bebé. Tais cuidados incluem medidas preventivas, a promoção do parto normal, a detecção de complicações na mãe e no bebé, a avaliação dos cuidados médicos ou de outra assistência adequada e o desempenho de medidas de emergência.

A parteira tem uma tarefa importante no aconselhamento e formação para a saúde, não só junto da mulher, como no seio de toda a família e da comunidade. Este trabalho deve envolver formação pré-natal e a preparação para a maternidade e pode alargar-se à saúde em geral, à saúde sexual e reprodutiva da mulher e aos cuidados infantis.

Uma parteira pode exercer em qualquer local incluindo em casa, na comunidade, em hospitais, clínicas ou unidades de saúde.

CONFEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE PARTEIRAS
Competências Essenciais para o Exercício Básico da Profissão de Parteira 2010

**COMPETÊNCIAS NO CONTEXTO SOCIAL, EPIDEMIOLÓGICO E CULTURAL DOS
CUIDADOS MATERNO E AO RECÉM-NASCIDO**

COMPETÊNCIA Nº 1: As parteiras possuem os conhecimentos e competências necessários de obstetrícia, neonatologia, ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base de cuidados adequados, culturalmente relevantes e de alta qualidade a mulheres, recém-nascidos e famílias que esperam um bebê.

Conhecimento

BÁSICO

A parteira possui conhecimentos e/ou entendimento sobre...

- as determinantes de saúde sociais e da comunidade (por exemplo, rendimentos, literacia e educação, abastecimento de água e saneamento, habitação, perigos ambientais, segurança alimentar, padrões de doenças, ameaças comuns à saúde)
- princípios de cuidados primários baseados na comunidade, usando a promoção da saúde, a prevenção de doenças e estratégias de controlo
- causas directas e indirectas da mortalidade e morbilidade maternas e neonatais na comunidade local e estratégias para as reduzir
- metodologia para efectuar uma análise dos dados maternos e auditoria de situações de risco iminente
- princípios de epidemiologia, diagnóstico comunitário (incluindo água e saneamento), e como os utilizar na prestação de cuidados
- métodos de prevenção e controlo de infeções adequados ao serviço prestado
- princípios de investigação, prática baseada em evidências, interpretação crítica de literatura profissional, e a interpretação de estatísticas vitais e achados da investigação
- indicadores de serviços de cuidados de saúde de qualidade
- princípios de educação para a saúde
- serviços e infra-estruturas de saúde nacionais e locais que apoiam o continuum de cuidados (sistemas de organização e referência), como ter acesso aos recursos necessários para os cuidados de obstetrícia
- programas nacionais relevantes (prestação de serviços ou conhecimento sobre como prestar assistência a membros da comunidade para acederem a serviços, como a vacinação e a prevenção ou o tratamento de problemas de saúde prevalentes no país)
- o conceito de alarme (estar preparado), recursos para referência para instalações de saúde de níveis mais elevados, mecanismos de comunicação e transporte (cuidado de emergência)
- o enquadramento legal e regulamentar que rege a saúde reprodutiva para mulheres de todas as idades, incluindo leis, políticas, protocolos e directrizes profissionais

- os direitos humanos e os seus efeitos na saúde dos indivíduos (inclui questões como a violência doméstica entre parceiros e a mutilação genital feminina [corte])
- defesa e estratégias de capacitação para mulheres
- culturas e crenças locais (incluindo crenças religiosas e papéis dos sexos)
- práticas de saúde tradicionais e modernas (benéficas e nocivas)
- benefícios e riscos dos diferentes locais de parto disponíveis (planeamento do parto)
- estratégias para defender as mulheres na escolha de locais seguros para o parto

Comportamentos profissionais

BÁSICOS

A parteira...

- é responsável e assume a responsabilidade por decisões e actos clínicos
- age consistentemente de acordo com a ética profissional, os valores e os direitos humanos
- age consistentemente de acordo com as normas da prática
- mantém/actualiza os seus conhecimentos e competências, a fim de se manter actualizada na sua profissão
- usa precauções universais/padrão, estratégias de prevenção e controlo de infeções e uma técnica limpa
- comporta-se de modo cortês, não crítico, não discriminatório e culturalmente adequado com todos os clientes
- respeita os indivíduos e a sua cultura e costumes, independentemente da sua posição social, origem étnica ou crença religiosa
- mantém a confidencialidade de todas as informações partilhadas pela mulher, comunica as informações essenciais entre outros prestadores de cuidados de saúde ou familiares apenas com a permissão explícita da mulher e se for necessário
- trabalha em parceria com as mulheres e as suas famílias, capacita-as e apoia-as para tomarem decisões informadas sobre a sua saúde, incluindo a necessidade de referência ou transferência para outros prestadores ou instituições de cuidados de saúde para cuidados continuados quando as necessidades de cuidados de saúde excederem as capacidades da parteira, assim como o seu direito de recusar exames ou intervenções
- trabalha em cooperação (trabalho de equipa) com outros trabalhadores de saúde para melhorar a prestação de serviços a mulheres e às suas famílias

Competências e/ou capacidades

BÁSICAS

A parteira tem competência e/ou capacidade para...

- participar em discussões de educação para a saúde com e para as mulheres e as suas famílias
- usar competências de comunicação e atenção adequadas em todos os domínios de competências
- montar, usar e manter o equipamento e consumíveis adequados ao contexto do seu local de trabalho
- registar e interpretar os achados relevantes para os serviços prestados em todos os domínios de

- competências, incluindo o que foi feito e o que necessita de acompanhamento
- cumprir todas as regulamentações locais de comunicação de nascimentos e registo de óbitos
- assumir um papel de liderança no exercício da sua profissão com base nas crenças e valores profissionais

ADICIONAIS

A parteira tem competência e/ou capacidade para...

- assumir tarefas e actividades de administração e gestão, incluindo a gestão da qualidade e de recursos humanos adequadas ao nível de instalações de saúde e do exercício da profissão de parteira
- assumir um papel de liderança na decisão de políticas

COMPETÊNCIAS NOS CUIDADOS ANTES DA GRAVIDEZ E NO PLANEAMENTO FAMILIAR

COMPETÊNCIA Nº 2: As parteiras ministram educação para a saúde de elevada qualidade e culturalmente sensível e serviços para todos no seio da comunidade a fim de promover uma vida familiar saudável, gravidezes planeadas e uma parentalidade positiva.

Conhecimento

BÁSICO

A parteira possui conhecimentos e/ou entendimento sobre...

- o crescimento e o desenvolvimento relacionado com a sexualidade, o desenvolvimento sexual e a actividade sexual
- a anatomia e a fisiologia feminina e masculina relacionadas com a concepção e a reprodução
- as normas e práticas culturais em torno da sexualidade, práticas sexuais, casamento e gravidez
- componentes de um historial de saúde, de um historial familiar e de um historial genético relevante
- conteúdo do exame físico e de estudos de investigação laboratorial que avaliam o potencial para uma gravidez saudável
- conteúdos de formação para a saúde orientados para a saúde sexual e reprodutiva (por exemplo, infeções sexualmente transmissíveis, VIH, saúde neonatal e infantil)
- princípios básicos de farmacocinética de fármacos e agentes para o planeamento familiar
- métodos de planeamento familiar naturais culturalmente aceitáveis e disponíveis localmente
- métodos de planeamento familiar contemporâneos, incluindo métodos contraceptivos de barreira, esteróides, mecânicos, químicos e cirúrgicos, modo de acção, indicações de uso, benefícios e riscos; rumores e mitos que afectam o uso de planeamento familiar
- critérios de elegibilidade médica para todos os métodos de planeamento familiar, incluindo enquadramentos temporais adequados para a utilização de um método
- métodos e estratégias para orientar as mulheres e/ou casais que necessitem de tomar decisões sobre métodos de planeamento familiar
- sinais e sintomas de infeções urinárias e de infeções sexualmente transmissíveis que ocorram na comunidade/ no país
- indicadores de doenças crónicas específicas de uma área geográfica do mundo que apresentem riscos para a mulher grávida e o feto (por exemplo, HIV, tuberculose, malária) e o processo de referenciação para efectuar mais exames e tratamento, incluindo tratamento preventivo pós-exposição
- indicadores e métodos para aconselhamento e referenciação de relacionamentos interpessoais disfuncionais, incluindo problemas sexuais, violência de género, abusos emocionais e negligência física
- princípios dos métodos de rastreio do cancro do colo do útero, (por exemplo, Inspeção visual com ácido acético [VIA], teste de Papanicolaou e colposcopia)

6

Competências e/ou capacidades

BÁSICAS

A parteira tem competência e/ou capacidade para...

- recolher um historial de saúde geral e obstétrico, ginecológico e reprodutivo abrangente
- envolver a mulher e a sua família no aconselhamento de pré-concepção, com base na situação individual, necessidades e interesses
- efectuar um exame físico, incluindo o exame clínico da mama, visando o problema que a mulher apresenta
- solicitar e/ou efectuar e interpretar exames laboratoriais comuns (por exemplo, hematócrito, análise de urina com tira de reagente para a proteinúria)
- solicitar e/ou efectuar e interpretar exames de rastreio seleccionados como o rastreio de tuberculose, VIH, Infecções sexualmente transmitidas (IST)
- prestar cuidados, apoio e referência ou tratamento a mulheres seropositivas e aconselhamento e análises de VIH para mulheres que desconheçam a sua situação
- receitar, dispensar, fornecer ou administrar (dependendo da autorização na jurisdição onde exerce) métodos de planeamento familiar localmente disponíveis e culturalmente aceitáveis
- aconselhar as mulheres sobre como lidar com os efeitos secundários e os problemas relacionados com o uso de métodos de planeamento familiar
- receitar, dispensar, fornecer ou administrar (dependendo da autorização na jurisdição onde exerce) fármacos da contracepção de emergência, de acordo com as políticas, protocolos, leis ou regulamentações locais
- fornecer métodos de planeamento familiar normalmente disponíveis, sejam eles de barreira, esteróides, mecânicos ou químicos
- colher ou solicitar exame de citologia do colo do útero (Papanicolaou)

ADICIONAIS

A parteira tem competência e/ou capacidade para...

- usar o microscópio para realizar exames de rastreio simples
- introduzir e remover dispositivos de contracepção intra-uterinos
- introduzir e remover implantes contraceptivos
- efectuar a visualização do colo do útero com ácido acético e interpretar a necessidade de referência e tratamento
- realizar uma colposcopia para rastreio de cancro do colo do útero e interpretar a necessidade de referência e tratamento

- técnicas para aumentar o relaxamento e medidas para o alívio da dor disponíveis no parto
- sinais, sintomas e potenciais efeitos de distúrbios potencialmente fatais para a mulher grávida e/ou para o seu feto (por exemplo, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, hemorragia vaginal, parto prematuro, anemia grave, Isoimunização de Rh, sífilis)
- meios e métodos de aconselhamento sobre os cuidados, tratamento e apoio para mulheres grávidas seropositivas, incluindo medidas para prevenir a transmissão de mãe para filho (Prevent Maternal-to-Child Transmission - PMTCT) (incluindo opções de alimentação)
- sinais, sintomas e indicações de referência de complicações seleccionadas e problemas na gravidez que afectam a mãe ou o feto (por exemplo asma, infecção por VIH, diabetes, problemas cardíacos, má apresentação/ Implantação anormal, problemas da placenta, trabalho de parto pré-termo e gravidez pós-termo)
- medidas de prevenção e controlo da malária na gravidez, de acordo com o padrão da doença nesse país, incluindo tratamento preventivo intermitente (Intermittent Preventive Treatment - IPT) e a promoção de redes para a cama tratadas com insecticida (Insecticide Treated Bed Nets - ITN)
- base farmacológica de desparasitação na gravidez (se for relevante no país em que exerce a profissão)
- a fisiologia da lactação e métodos para preparar as mulheres para a amamentação

Competências e/ou capacidades

BÁSICAS

A parteira tem competência e/ou capacidade para...

- recolher um histórico inicial e contínuo em cada consulta pré-natal
- realizar um exame físico e explicar os achados à mulher
- medir e avaliar os sinais vitais maternos, incluindo a temperatura, tensão arterial e batimentos cardíacos
- avaliar a alimentação materna e a sua relação com o crescimento fetal; prestar aconselhamento adequado sobre as necessidades nutricionais da gravidez e como as satisfazer
- efectuar uma avaliação abdominal completa, incluindo a medição do fundo uterino, implantação da placenta, posição e apresentação do feto
- avaliar o crescimento fetal recorrendo a medições manuais
- avaliar o crescimento fetal, a localização da placenta e o volume de líquido amniótico, recorrendo à visualização e medição por ecografia (se existir equipamento disponível)
- escutar a frequência cardíaca fetal; palpar o útero para sentir a actividade fetal e interpretar os achados
- monitorizar a frequência cardíaca fetal com Doppler (se disponível)
- realizar um exame pélvico, incluindo a avaliação do tamanho do útero, se indicado e quando for apropriado no decorrer da gravidez
- efectuar uma pelvimetria clínica [avaliação da bacia óssea] para determinar a adequação das estruturas ósseas
- calcular a data aproximada do parto
- ministrar educação para a saúde a adolescentes, mulheres e famílias sobre a evolução normal da gravidez, sinais de perigo e sintomas, e quando e como contactar a parteira
- ensinar e/ou demonstrar medidas para diminuir os desconfortos comuns na gravidez

9

- oferecer orientação e preparação básica para o trabalho de parto, parto e maternidade
- Identificar variações da normalidade durante o curso da gravidez e instituir uma gestão de primeira linha independente ou cooperante com base em directrizes baseadas em evidências, normas locais e recursos disponíveis para:
 - Alimentação materna fraca e/ou inadequada
 - Crescimento uterino excessivo ou inadequado, incluindo suspeita de oligo ou polihidrâmnios, gravidez molar
 - Tensão arterial elevada, proteinúria, presença de edema significativo, dores de cabeça frontais, alterações visuais, dor epigástrica associada à tensão arterial elevada
 - Hemorragia vaginal
 - Gestação múltipla, implantação anormal ou má apresentação no termo
 - Morte fetal intra-uterina
 - Ruptura das membranas antes do termo
 - Situação de seropositiva e/ou SIDA
 - Positiva para hepatite B e C
- recetar, dispensar, fornecer ou administrar (desde que autorizada a fazê-lo na jurisdição onde exerce) medicamentos seleccionados que possam salvar a vida (por exemplo, antibióticos, anti-convulsivos, anti-malária, anti-hipertensivos, anti-retrovíricos) às mulheres que deles necessitarem devido a um problema de saúde existente
- Identificar desvios da normalidade durante o curso da gravidez e iniciar o processo de referência para problemas de saúde que requeiram níveis de intervenção superiores

COMPETÊNCIAS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DURANTE O TRABALHO DE PARTO E O PARTO

COMPETÊNCIA Nº 4: As parteiras prestam cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto, conduzem um parto limpo e seguro e resolvem determinadas situações de emergência para maximizar a saúde das mulheres e dos seus filhos recém-nascidos.

Conhecimento

BÁSICO

A parteira possui conhecimentos e/ou entendimento sobre....

- a fisiologia da primeira, segunda e terceira fases do trabalho de parto
- anatomia do crânio fetal, diâmetros e pontos importantes
- aspectos psicológicos e culturais do trabalho de parto e do parto
- indicadores da fase latente e do início do trabalho de parto activo
- indicações para o estímulo do início do trabalho de parto e aumento da contractilidade uterina
- evolução normal do trabalho de parto
- como usar o partograma
- medições para avaliar o bem-estar fetal no trabalho de parto
- medições para avaliar o bem-estar da mãe no trabalho de parto
- processo da passagem (deslida) fetal pela pelve durante o trabalho de parto e o parto; mecanismos do trabalho de parto em diversas apresentações e posições fetais
- medidas de conforto na primeira e segunda fases do trabalho de parto (por exemplo, presença/apoio da família, posicionamento para o trabalho de parto e o parto, hidratação, apoio emocional, métodos não farmacológicos de alívio da dor)
- medidas farmacológicas para o tratamento e controlo da dor do trabalho de parto, incluindo os riscos relativos, desvantagens, segurança de métodos específicos de tratamento da dor e o seu efeito na fisiologia normal do trabalho de parto
- sinais e sintomas de complicações no trabalho de parto (por exemplo hemorragia, paragem cardíaca, má apresentação, eclampsia, sofrimento materno, sofrimento fetal, infecção, prolapso do cordão)
- princípios de prevenção de lesões no pavimento pélvico e lacerações do perinéio
- indicações para realizar uma episiotomia
- princípios da gestão expectante (fisiológica) da 3ª fase do trabalho de parto
- princípios da gestão activa da 3ª fase do trabalho de parto
- princípios subjacentes à técnica de reparação de lacerações do perinéio e episiotomia
- indicadores da necessidade de gestão de emergência, referência ou transferência para emergências obstétricas (por exemplo, prolapso do cordão umbilical, distocia do ombro, hemorragia uterina, retenção da placenta)
- indicadores da necessidade de parto cirúrgico, extração por vácuo, uso de fórceps ou símfisiotomia (por exemplo, sofrimento fetal, desproporção cefalo-pélvica)

Competências e/ou capacidades

BÁSICAS

A parteira tem competência e/ou capacidade para...

- recolher um histórico específico e os sinais vitais da mãe durante o trabalho de parto
- efectuar um exame físico centrado no trabalho de parto
- efectuar uma avaliação abdominal completa da posição e descida do feto
- medir os intervalos e avaliar a eficácia das contrações uterinas
- realizar um exame pélvico correcto e completo que avalie a dilatação, descida, apresentação, posição, estado das membranas e adequação pélvica para o parto eutócico
- monitorizar a evolução do trabalho de parto usando o partograma ou uma ferramenta similar de registo
- prestar apoio físico e psicológico à mulher e à família e promover o parto normal
- facilitar a presença de uma pessoa que preste apoio durante o trabalho de parto e o parto
- disponibilizar medidas de hidratação, nutrição e medidas não farmacológicas de conforto durante o trabalho de parto e o parto
- disponibilizar terapêuticas farmacológicas de alívio da dor durante o trabalho de parto e o parto
- prestar cuidados na bexiga, incluindo a cateterização urinária quando for indicado
- identificar rapidamente padrões de parto anormais e iniciar uma intervenção e/ou referência apropriada e oportuna
- estimular ou aumentar a contractilidade uterina usando agentes não farmacológicos
- estimular ou aumentar a contractilidade uterina usando agentes farmacológicos
- administrar anestesia local no perineo quando estiver prevista uma episiotomia ou quando for necessária uma reparação do perineo
- realizar uma episiotomia se for necessário
- efectuar manobras manuais para um parto de apresentação cefálica
- efectuar manobras manuais apropriadas para partos de apresentação facial e de apresentação pélvica
- prender e cortar o cordão
- instituir intervenções de socorro de vida imediatas em emergências obstétricas (por exemplo, prolapso do cordão, má apresentação, distócia dos ombros e sofrimento fetal) para salvar a vida do feto, enquanto solicita assistência médica e/ou aguarda a transferência
- cuidar de um cordão que se apresenta à volta do pescoço do bebé no parto
- princípios da gestão expectante (fisiológica) da 3ª fase do trabalho de parto
- conduzir a gestão activa da 3ª fase do trabalho de parto
 - administrar fármaco uterotónico no minuto seguinte ao nascimento do bebé
 - efectuar tracção controlada do cordão
 - realizar massagem uterina após a expulsão da placenta
- inspecionar a integridade da placenta e das membranas
- realizar massagem do fundo uterino para estimular a contração uterina pós-parto e o tónus do útero
- providenciar um ambiente saudável para a mãe e o bebé para promover a ligação (união)
- estimar e registar a perda sanguínea materna
- inspecionar a vagina e o colo do útero para procurar lacerações
- reparar uma episiotomia se necessário

12

- reparar lacerações vaginais ou do períneo de 1º e 2º graus
- tratar sangramentos e hemorragias pós-parto, usando técnicas apropriadas e agentes uterotônicos conforme indicado
- receitar, dispensar, fornecer ou administrar (desde que autorizada a fazê-lo na jurisdição onde exerce) medicamentos seleccionados que possam salvar a vida (por exemplo, antibióticos, anti-convulsivos, anti-malária, anti-hipertensivos, anti-retrovíricos) às mulheres que deles necessitarem devido a um problema de saúde existente
- proceder à remoção manual da placenta
- realizar compressão interna bi-manual do útero para controlar
- efectuar compressão aórtica
- identificar e tratar o choque
- introduzir uma linha intravenosa, coíler sangue para análises laboratoriais
- organizar e proceder a referência e transferência oportunas de mulheres com complicações graves para uma instituição de saúde de nível mais elevado, levando fármacos e equipamento adequado e providenciando um acompanhante prestador de cuidados para a viagem, para continuar a prestar-lhe os cuidados de emergência que forem necessários
- realizar ressuscitação cardio-respiratória

ADICIONAIS

A parteira tem competência e/ou capacidade para...

- proceder a extração por ventosa
- reparar lacerações vaginais ou do períneo de 3º e 4º graus
- identificar e reparar lacerações do colo do útero

COMPETÊNCIAS PARA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A MULHERES DURANTE O PERÍODO PÓS-PARTO

COMPETÊNCIA Nº 5: As parteras prestam às mulheres cuidados pós-parto abrangentes, de alta qualidade e culturalmente sensíveis.

Conhecimento

BÁSICO

A partera possui conhecimentos e/ou entendimento sobre...

- as alterações físicas e emocionais que ocorrem após o parto, incluindo o processo normal de involução
- a fisiologia e o processo do aleitamento e as variações comuns incluindo o ingurgitamento, a produção insuficiente de leite, etc.
- a importância da amamentação imediata/precoce/exclusiva para a mãe e para o bebê
- as necessidades de nutrição, repouso, actividade e fisiológicas (por exemplo, intestino e bexiga) da mãe no período pós-parto imediato
- princípios da ligação e união entre os pais e o bebê (por exemplo, como promover relações positivas)
- indicadores de subinvolução (por exemplo, hemorragia uterina persistente, infecção)
- indicadores de problemas de amamentação da mãe ou complicações, incluindo mastite
- sinais e sintomas de problemas de saúde potencialmente fatais que podem surgir durante o período pós-parto (por exemplo, hemorragia vaginal persistente, embolia, pré-eclâmpsia e eclâmpsia pós-parto, depressão mental grave)
- sinais e sintomas de determinadas complicações no período pós-natal (por exemplo, anemia persistente, hematoma, depressão, tromboflebite, incontinência de fezes ou urina, retenção urinária, fistula obstétrica)
- princípios de comunicação interpessoal e apoio às mulheres e/ou suas famílias em luto (morte da mãe, nado-morto, abortamento, morte neonatal, anomalias congénitas)
- abordagens e estratégias para prestar apoio especial a adolescentes vítimas de violência sexual (incluindo violação)
- princípios da aspiração manual sob vácuo da cavidade uterina para remover produtos da concepção retidos
- princípios de prevenção da transmissão materna ao filho de VIH, tuberculose, hepatite B e C no período pós-parto
- métodos de planeamento familiar apropriados para utilização no período pós-parto imediato (por exemplo, amenorrela da lactação, pílula de progestina)
- serviços pós-parto baseados na comunidade disponíveis para a mulher e a sua família, e como podem ter acesso a eles

Competências e/ou capacidades

BÁSICAS

A parteira tem competência e/ou capacidade para...

- recolher um historial selectivo, incluindo detalhes da gravidez, do trabalho de parto e do parto
- efectuar um exame físico centrado na mãe
- prestar informações e apoio às mulheres e/ou suas famílias em luto (morte da mãe, nado-morto, abortamento, morte neonatal, anomalias congénitas)
- avaliar a involução uterina e a cicatrização das lacerações e/ou reparações
- iniciar e apoiar a amamentação ininterrupta (imediate e exclusiva)
- ensinar às mães como retirar o leite e como manusear e armazenar leite materno colhido
- prestar formação à mãe sobre os cuidados a si própria e ao bebé após o parto, incluindo sinais e sintomas de complicações possíveis e recursos baseados na comunidade
- prestar formação à mulher e à sua família sobre sexualidade e planeamento familiar após o parto
- disponibilizar serviços de planeamento familiar concomitantemente como componente integral dos cuidados pós-parto
- providenciar tratamento apropriado e oportuno de primeira linha para quaisquer complicações detectadas no exame pós-parto (por exemplo, anemia, hematoma, infecção materna) e referenciar para mais tratamento se necessário
- providenciar tratamento de emergência para hemorragia pós-parto tardia e referenciar se necessário

ADICIONAIS

A parteira tem competência e/ou capacidade para...

- realizar aspiração manual sob vácuo do útero para tratamento de emergência de hemorragias pós-parto tardias

COMPETÊNCIAS NOS CUIDADOS PÓS-PARTO AO RECÉM-NASCIDO

COMPETÊNCIA Nº 6: As parteiras prestam cuidados abrangentes e de alta qualidade a bebês essencialmente saudáveis desde o nascimento até aos dois meses de idade.

Conhecimento

BÁSICO

A parteira possui conhecimento e/ou entendimento sobre...

- elementos de avaliação do estado imediato do recém-nascido (por exemplo, teste de pontuação de APGAR para a respiração, frequência cardíaca, reflexos, tônus muscular e coloração)
- princípios de adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina (por exemplo, alterações fisiológicas que ocorrem nos aparelhos cardiovascular e respiratório)
- necessidades básicas dos recém-nascidos: vias aéreas, calor, alimentação, ligação (união)
- vantagens dos vários métodos de aquecimento do recém-nascido, incluindo o contacto pele com pele (método mãe canguru)
- métodos e meios de avaliação da idade gestacional de um recém-nascido
- características de bebês de baixo peso à nascença e suas necessidades especiais
- características do recém-nascido saudável (aspecto e comportamentos)
- crescimento e desenvolvimento normais do bebê prematuro
- crescimento e desenvolvimento normais do recém-nascido e do bebê
- principais variações no recém-nascido normal (por exemplo, deformação do crânio, marcas na cabeça, manchas mongólicas)
- elementos da promoção da saúde e prevenção de doenças em recém-nascidos e bebês (por exemplo, malária, tuberculose, VIH), incluindo elementos essenciais no cuidado diário (por exemplo, cuidados ao cordão, necessidade alimentares, padrões de evacuação)
- necessidades de vacinação, riscos e benefícios desde bebê até aos primeiros anos
- práticas tradicionais ou culturais relacionadas com os recém-nascidos
- princípios de nutrição para bebês e opções de alimentação para bebês (incluindo os filhos de mães seropositivas)
- sinais e sintomas das principais complicações no recém-nascido (por exemplo, icterícia, hematoma, deformação nociva do crânio fetal, irritação cerebral, lesões não acidentais, hemangiomas, hipoglicemia, hipotermia, desidratação, infecção, sífilis congénita)

Competências e/ou capacidades

BÁSICAS

A partera tem competência e/ou capacidade para...

- prestar cuidados imediatos ao recém-nascido, incluindo prender e cortar o cordão, secar, limpar as vias aéreas e assegurar que a respiração é estabelecida
- avaliar o estado imediato do recém-nascido (por exemplo, pontuação APGAR ou outro método de avaliação)
- estimular e manter a temperatura corporal normal do recém-nascido através de cobertura (cobertor, gorro), controlo ambiental e promoção de contacto pele com pele
- iniciar medidas de emergência para sofrimento respiratório (ressuscitação do recém-nascido), hipotermia, hipoglicemia
- prestar cuidados adequados, incluindo cuidados do método de mãe canguru ao bebé de baixo peso à nascença, e providenciar referenciação caso surjam complicações potencialmente graves, ou peso muito baixo à nascença
- realizar um exame físico ao recém-nascido para rastreio de problemas incompatíveis com a vida
- efectuar uma avaliação da idade gestacional
- prestar cuidados de rotina ao recém-nascido de acordo com as directrizes e protocolos locais (por exemplo, identificação, cuidados oftálmicos, testes de rastreio, administração de vitamina K, registo de nascimento)
- posicionar o bebé para iniciar a amamentação o mais cedo possível após o parto e apoiar o aleitamento materno exclusivo
- transferir o recém-nascido em risco para o serviço de emergência quando disponível
- prestar formação aos pais sobre os sinais de perigo no recém-nascido e quando procurar cuidados de saúde para o bebé
- prestar formação aos pais sobre o crescimento e desenvolvimento normais do bebé e da criança pequena e como satisfazer as necessidades quotidianas da criança normal
- ajudar os pais a acederem aos recursos da comunidade disponíveis para a família
- prestar apoio aos pais durante o processo de luto por perda de uma gravidez, nado-morto, defeitos congénitos ou morte neonatal
- prestar apoio aos pais durante o transporte/transferência do recém-nascido ou durante períodos de separação do recém-nascido (por exemplo, Internamento em UCI de Neonatologia)
- prestar apoio e formação aos pais que tiveram múltiplos bebés (por exemplo, gémeos, trigémeos) sobre necessidades especiais e recursos da comunidade
- prestar cuidados adequados a bebés filhos de mães seropositivas (por exemplo, administração de ARV e alimentação adequada)

COMPETÊNCIA NA FACILITAÇÃO DE CUIDADOS RELACIONADOS COM O ABORTO

COMPETÊNCIA Nº 7: As parteiras prestam um leque de serviços individualizados e culturalmente sensíveis relacionados com o aborto a mulheres que solicitam ou sofrem uma interrupção ou perda da gravidez em congruência com as leis e regulamentações aplicáveis e de acordo com os protocolos nacionais.

Conhecimento

BÁSICO

A parteira possui o conhecimento e/ou entendimento sobre...

- políticas, protocolos, leis e regulamentações relacionados com serviços de cuidados no aborto
- factores envolvidos nas decisões relacionadas com gravidezes involuntárias ou fora de tempo
- métodos de planeamento familiar adequados para serem utilizados durante o período pós-aborto
- critérios clínicos de elegibilidade para todos os métodos de aborto disponíveis
- os cuidados, informações e apoio que são necessários durante e após o aborto ou a interrupção de gravidez (físicos e psicológicos) e serviços disponíveis na comunidade
- processo normal de involução e recuperação física e emocional após um aborto ou interrupção da gravidez
- sinais e sintomas de sub-involução e/ou aborto incompleto (por exemplo, hemorragia uterina persistente)
- sinais e sintomas de complicações no aborto e problemas potencialmente fatais (por exemplo, hemorragia vaginal persistente, infecção)
- princípios farmacoterapêuticos básicos de fármacos recomendados no aborto através de medicamentos
- princípios de evacuação uterina através de aspiração manual por vácuo (MVA)

Competências e/ou capacidades

BÁSICAS

A parteira tem competência e/ou capacidade para...

- avaliar o período de gestação perguntando a data da última menstruação, pelo exame bimanual e/ou teste de gravidez à urina
- informar mulheres que pensam fazer um aborto sobre os serviços disponíveis para quem leva a gravidez a termo e para quem decide fazer o aborto, métodos para obter o aborto e para apoiar a mulher na sua decisão
- recolher um historial clínico e social para identificar contra-indicações do aborto por medicação ou por aspiração
- prestar formação e aconselhamento a mulheres (e aos familiares, quando for apropriado) sobre sexualidade e planeamento familiar após o aborto

18

- disponibilizar serviços de planeamento familiar concomitantemente como componente integral dos serviços pós-aborto
- avaliar a involução uterina; tratar ou referenciar conforme for apropriado
- prestar formação à mãe sobre o cuidado de si própria, incluindo repouso e alimentação e como identificar complicações como uma hemorragia
- identificar indicadores de complicações relacionadas com o aborto (incluindo perfuração uterina); tratar ou referenciar para tratamento conforme for apropriado

ADICIONAIS

A parteira tem competência e/ou capacidade para...

- recetar, dispensar, fornecer ou administrar fármacos (dependendo da autorização para o fazer na jurisdição onde exerce a profissão) em doses adequadas para induzir o aborto com medicação
- realizar a aspiração manual por vácuo do útero até às 12 semanas completas de gravidez

DEFINIÇÕES ICM

Capacidade: A qualidade de ser capaz de realizar, uma competência ou talento natural ou adquirido
Atitude: Opiniões (valores e crenças) de um indivíduo sobre uma coisa, um processo ou uma pessoa que frequentemente dão origem a uma reacção positiva ou negativa
Comportamento: O modo de um indivíduo se relacionar ou reagir às acções dos outros ou a um estímulo ambiental
Competência: A combinação de capacidades de conhecimento, psicomotoras, de comunicação e de tomada de decisões que permitem que o indivíduo execute uma tarefa específica de acordo com um nível de proficiência definido.
Competência (profissão de parteira): Uma combinação de conhecimentos, comportamento profissional e competências específicas que são demonstradas num nível definido de proficiência no contexto da formação da profissão de parteira e/ou da prática.
Conhecimento: Um fundo de informação que permite que um indivíduo tenha uma compreensão segura de uma disciplina com capacidade de a utilizar para um fim específico
Competência: Capacidade aprendida na formação académica e profissional ou adquirida pela experiência para realizar acções ou tarefas específicas a um nível específico de desempenho mensurável
Tarefa: Um componente específico de uma unidade mais ampla de trabalho

ANEXO III

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO NO HRCAS




DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que, precedendo parecer favorável do Grupo Coordenador da Comissão de Investigação Clínica do Hospital Fernando Fonseca, E.P.E., se encontra aprovado o Projecto de Investigação "Integração da Multiculturalidade nos Cuidados de Enfermagem durante o Trabalho de Parto - Competência Cultural do Enfermeiro como factor facilitador na transição para a Parentalidade da mulher imigrante", cuja Investigadora é a Enf.^a Deolinda Wennberg.

Amadora, 10 de Nov de 2012

A Directora Clínica


Teresa Maia

O Enfermeiro Director


João Vieira



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que, o Hospital Prof. Dr. Fernando da Fonseca, E.P.E. autoriza Deolinda do Carmo Roldão Leal Wennberg, aluna do Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, para nomear publicamente o nome da Instituição, no presente Relatório, intitulado "Multiculturalidade nos cuidados no Trabalho de Parto: competência cultural do Enfermeiro como facilitador na transição para a parentalidade da mulher imigrante" e para futuras publicações.

Amadora, 20 de Novembro de 2012

A Directora Clínica


Teresa Maia

O Enfermeiro Director


JOÃO VIEGAS



Exm^a Senhora

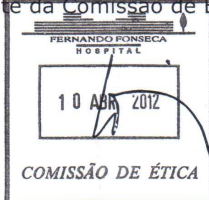
Enf.^a Deolinda Wennberg

Amadora, 10 de Abril de 2012

Vimos por este meio informar que relativamente ao Projecto de Investigação "Integração da Multiculturalidade nos Cuidados de Enfermagem durante o Trabalho de Parto - Competência Cultural do Enfermeiro como factor facilitador na transição para a Parentalidade da mulher imigrante" do qual é investigadora principal foi aprovado na reunião da CES de 26 de Março.


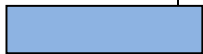

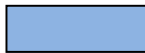







Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética do HFF



APÊNDICE I

CRONOGRAMA

Actividades	3/2011 - 7/2011	10/2011 - 2/2012	2/2012 6/2012	7/2012 Porroga ção 10/2012
Fase Conceptual - Escolher e formular a problemática do Projecto - Revisão da literatura - Elaborar um quadro de referência - Definir Objectivos e questão de partida - Reuniões com a Professora Orientadora do projecto	    			
Actividades	3/2011 - 7/2011	10/2011 - 2/2012	2/2012 6/2012	7/2012
Fase Metodológica - Escolher metodologia relativa ao quadro de referência - Escolha dos participantes - Escolher e elaborar o método de colheita de dados: método etnográfico - Reunir com a Enfermeira chefe do bloco de partos e com a Enfª Orientadora local, de modo a discutir a realização do projecto - Aplicação dos questionários aos EESMOG - Observação das actividades do EESMOG no âmbito das	  		 	

competências culturais, seguindo o guia de observação				
Actividades	3/2011 - 7/2011	10/2011 - 2/2012	2/2012 6/2012	7/2012 Porrogação 10/2012
Fase Empírica - Colher os dados - Analisar os dados - Comunicar os resultados/ conclusões do estudo - Realização do Relatório; Entrega do Relatório de Estágio Final e resultados do Estudo - Discussão Pública: data a combinar				

APÊNDICE II

REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Também foi feita uma lista dos artigos seleccionados que serão analisados e servirão de suporte para o projecto que se pretende ser com base na metodologia científica.

Quadro 1 – Resumo dos artigos seleccionados na revisão sistemática da Literatura

Autor	Titulo	Ano	Objectivo	Conclusões
ZAUDERER, Cheryl <i>et al</i>	“Maternity care for orthodox Jewish couples”	2009	Familiarize nurses with orthodox Jewish couples	Professionals need to become culturally competent to better care for their clients
REITMANOVA, S.; GUSTAFSON, D.	“ They can’t understand it”: Maternity Health and Care needs of Immigrant Muslim Women in St. John’s, Newfoundland	2007	To document and explore the maternity health care needs and the barriers to accessing maternity health services from the perspective of the immigrant Muslim women living in St. John’s Canada	Maternity health care information and practices designed to meet the needs of mainstream Canadian-born women lacked the flexibility to meet the needs of the immigrant Muslim women. Changes that address the needs of these immigrant women have the potential to create more inclusive and responsive maternity health

				services for all Canadian women
CASSAR, L.	“Cultural expectations of Muslims and orthodox Jews in regard to pregnancy and postpartum period: a study in comparison and contrast”	2006	Familiarizing with practice and beliefs of orthodox Jews and Muslim women,	The woman will have higher levels of satisfaction with her care and will be more likely to listen to what the nurse has to say in regard to health education; Increasing of professional satisfaction; Memorable childbirth experience
WOOD, J.; ATKINS, M.	“Immersion in another culture: one strategy for increasing cultural competency”	2006	Increase the student’s capacity to value diversity; acquire cultural knowledge; provide appropriate care in a new cultural context; increase the skills in providing care through an interpreter/ improving another language; acquire skills in working collaboratively with providers in another country	Cultural immersion experience is one effective way of reaching cultural competence and sensitivity, resulting more versatility and flexibility in clinical practice, reflecting the skills necessary to adapt intervention to population and circumstances.

SHERIDAN, C. <i>et al</i>	“Comparing birth plan preferences among Irish and Nigerian Women”	2011	Provide more appropriate, culturally-specific care	By improving cultural awareness and by engaging people expectations and desires, health professionals and midwives can hope to direct culture-specific care which is appropriate for all women using maternity services
MAPUTLE, M.S; CUR, M.; JALI, M.N.; PHIL, M.	“Dealing with diversity: incorporating cultural sensitivity into midwifery practice in the tertiary hospital of Capricorn district, Limpopo province”	2006	To determine the current and patterned care life of the mothers from diverse cultural groups that deliver their babies at level III hospital. To develop guide-lines that will attempt to enhance the incorporation of cultural sensitivity into midwifery practice	Lack of respect and choices; limited support during labor and presence of the partner; childbirth pain was viewed as natural; language barrier; practice done to shorten the duration of labor and to safeguard the lives of both mother and baby

5 Conclusões da revisão sistemática da literatura:

Os resultados da RSL demonstraram que:

- Os profissionais necessitam de se tornar culturalmente competentes para melhor tratar dos seus clientes
- As informações de saúde e a prestação de cuidados em saúde materna destinadas à população nacional faltam de flexibilidade para responder às necessidades das imigrantes de outra religião.
- As mudanças que vão ao encontro das necessidades destas mulheres têm o potencial de criar serviços de saúde materna mais inclusivos e dinâmicos
- A mulher irá ter maiores níveis de satisfação com os cuidados prestados e terá mais abertura para escutar o enfermeiro em relação à educação para a saúde;
- Aumenta a satisfação profissional;
- Imergir numa experiência cultural pode ser uma maneira eficaz de atingir a competência e a sensibilidade culturais, resultando daí uma versatilidade e flexibilidade na prática clínica, que se revela nas capacidades do “*saber agir em circunstância*”.
- Ao melhorar a consciência cultural e ao responder às expectativas e desejos da população, as EESMO esperam prestar cuidados culturalmente específicos que são adequados a todas as mulheres que utilizam os serviços de saúde materna
- Os cuidados não culturalmente sensíveis podem implicar:
 - b) falta de respeito;
 - c) escassez de escolhas;
 - d) apoio limitado durante o trabalho de parto;
 - e) barreiras linguísticas;
 - f) práticas abusivas para encurtar o trabalho de parto

Conclusões da RSL

Profissionais e instituições culturalmente competentes são ingredientes essenciais para:

- Aumento da satisfação dos utentes, face aos cuidados de saúde;
- Redução de razões multifactoriais causadoras de desigualdades;
- Redução de complicações baseadas no género, na raça, na etnia que interferem na prestação de cuidados de saúde

APÊNDICE III

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA OS PARTICIPANTES

E

QUESTIONÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS

QUESTIONÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS

Aceito participar de livre vontade no estudo “*Integração da Multiculturalidade nos Cuidados de Enfermagem durante o Trabalho de Parto - Competência Cultural do Enfermeiro como factor facilitador na transição para a Parentalidade da mulher imigrante*”, no âmbito do Estágio com Relatório do Curso de Mestrado e Especialização de Saúde Materna e Obstetrícia.

Foram-me explicados os objectivos principais deste estudo e aceito responder a um questionário que explora questões sobre as competências culturais do enfermeiro.

A minha participação neste estudo é voluntária, não sendo, contudo, acordado qualquer benefício directo ou indirecto pela minha colaboração.

Entendo, ainda, que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada directamente com este estudo, a menos que eu o autorize por escrito.

Nome _____

Assinatura _____

Sexo: Idade: Nacionalidade:

1. No acolhimento é prática perguntar quais são as expectativas da parturiente imigrante acerca do trabalho de parto e parto?

sim	não
-----	-----

2. Se resposta nº1 é afirmativa:

- a) Quais são os desejos mais frequentes? -----

- b) Consegue padronizá-los por etnias? -----

3. Pensa que as crenças e valores têm influência na progressão do trabalho de parto?

sim	não
-----	-----

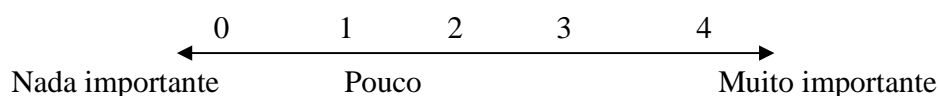
4. Quais são as suas maiores dificuldades na abordagem aos imigrantes? -----

5. Quando existe barreira linguística o que é que geralmente faz?-----

6. Que estratégias, costuma utilizar na sua prática clínica para apoiar a parturiente/familiares imigrantes na tomada de decisão face a diferentes opções de prestação de cuidados/tratamentos?-----

7. Que estratégias/actividades empreendeu para aumentar a sua competência cultural?-----

8. De 0 a 4, qual é a importância de ter competência cultural?



9. Alguma vez teve formação na área da multiculturalidade?-----

----- Qual
foi o tema abordado?-----

10. Que valores e crenças devem vir em primeiro lugar:

a) os seus ☐

b) os da instituição ☐

c) os do cliente ☐

11. Sinalize as seguintes opções e o que é mais se adequa na sua prática clínica?

▪ Não é importante conhecer outras culturas ☐

▪ Tem consciência que tem falta de conhecimentos sobre outras culturas ☐

▪ Aprende sobre as culturas das parturientes e desenvolve intervenções culturalmente específicas ☐

▪ Presta automaticamente cuidados culturalmente congruentes a parturientes de culturas diversas ☐

12. Escolha a resposta que mais reflecte sobre o que pensa sobre as políticas de imigração em relação aos cuidados de saúde de saúde materna e infantil são importantes?

a) Desconhece

b) Não concorda

c) Concorda parcialmente, embora tema que estas possam contribuir negativamente para a economia do país

d) Concorda plenamente e pensa que elas contribuem para a promoção de saúde da comunidade

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

APÊNDICE IV

GUIA DE OBSERVAÇÃO

GUIA DE OBSERVAÇÃO

Este guia de observação serve como ferramenta para parametrizar as atitudes do enfermeiro perante a diversidade cultural, ou seja, a susceptibilidade que este demonstra à diversidade cultural e a sua capacidade de promover uma dinâmica assistencial adequada à diferença.

Nº do questionário:

Etnia:

- A. No acolhimento o enfermeiro perguntou quais eram as expectativas da parturiente? -----
- B. Tentou integrar no plano de cuidados/negociar alguma especificidade cultural da mulher?-----

- C. Compreende e respeita as crenças e valores das mulheres de outra cultura?
- D. Como é que o enfermeiro promove o envolvimento da parturiente no plano de cuidados?-----

- E. Qual foi a atitude do enfermeiro perante a barreira linguística, que estratégia utilizou?-----

- F. Os actos do enfermeiro foram precedidos de esclarecimento e consentimento prévio e foram adequados à diversidade cultural?
- G. Quando se confronta com a diversidade cultural, quais são as competências demonstradas?
- a) Conhecedor das culturas imigrantes
- b) Comportamento (integrador/distante/agressivo/provocador/tolerante/discriminativo)
- c) Estilos de comunicação, face à percepção das diferenças culturais
- H. Quais foram as dificuldades do enfº percebidas pelo observador?-----

- I. O enfermeiro conhece as práticas/protocolos facilitadores da integração multicultural do hospital?
- J. Competência cultural do enfº, segundo modelo de Purnell:

❖ Inconscientemente incompetente	❖ Conscientemente competente
❖ Conscientemente incompetente	❖ Inconscientemente competente

Crêterios de avaliação (para objectivar a observação)

Competência cultural

- Inconscientemente incompetente: Não é importante conhecer outras culturas
- Conscientemente incompetente: Tem consciência que tem falta de conhecimentos sobre outras culturas
- Conscientemente competente: Aprende sobre as culturas das parturientes e desenvolve intervenções culturalmente específicas
- Inconscientemente competente: Presta automaticamente cuidados culturalmente congruentes a parturientes de culturas diversas

Competências comunicacionais face a barreiras linguísticas:

- Conhecedor de várias línguas
- Recorre a tradutor
- Utiliza linguagem gestual/ utiliza escalas da dor
- Articula bem as palavras e fala pausadamente para ser entendido
- Não comunica com a parturiente
- Evita a intercomunicação
- Fornece instruções (oral ou escrita) no momento da alta compreensível   puérpera e familiares

Prestação de cuidados:

- Recolhe dados de âmbito cultural nas avaliações efectuadas
- Adapta os cuidados de forma a serem congruentes com a cultura da parturiente
- Individualiza o plano de cuidados
- Aceita os papéis de género e compreende a dinâmica familiar das parturientes
- Incorpora a literacia em saúde da parturiente no plano de cuidados e iniciativas de educação para a saúde

APÊNDICE V

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM I

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM I EM CONTEXTO DE BLOCO DE PARTOS

Introdução

De acordo com o Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, para esta Unidade Curricular Estágio com Relatório que decorre no contexto do Bloco de Partos referente à prestação de cuidados à mulher em trabalho de parto.

Foi solicitado a elaboração de dois Diários de Aprendizagem com a descrição e reflexão pormenorizada sobre as actividades desenvolvidas pelo mestrando no âmbito do estágio.

No Projecto Individual de Aprendizagem tinha como objectivo adquirir competências técnico-científicas para a mobilização activa dos conhecimentos na prática de cuidados de enfermagem especializada em cuidados maternos e obstétricos, ou seja, desenvolver capacidades para detectar e actuar precocemente de modo a resolver problemas complexos, em situações novas, em contextos multidisciplinar.

Neste primeiro Diário, que irei de seguida desenvolver, falo da experiência vivida no dia 22 de Junho de 2012, no turno da tarde em que as ocorrências foram-se sucedendo em catadupa. Foram momentos de grande *stress* para a equipa multidisciplinar, mas foram momentos muito enriquecedores de aprendizagem no âmbito da emergência obstétrica. Os casos ocorridos foram:

- a) Descolamento *major* da placenta
- b) Hipercontratilidade uterina – anel de Bandl
- c) Distócia de ombros
- d) Emergências Hemorrágicas do pós-parto/atonía uterina

O objectivo principal para este estágio era estar preparada para todo o terreno, pois futuramente eu espero poder participar numa missão de ajuda humanitária.

Desenvolvimento

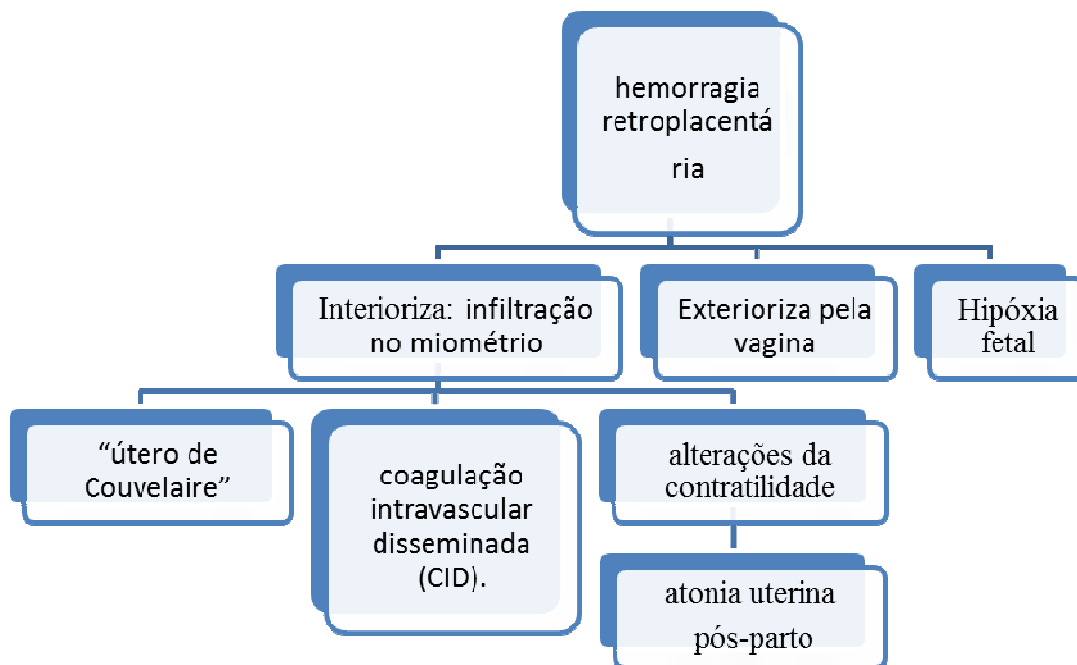
“As Emergências Obstétricas são por definição, eventos raros e, quase sempre, inesperados... são complicações agudas da gravidez que põem em risco a vida da mãe e/ou do feto e cuja resolução exige uma resposta quase imediata por parte da equipa de saúde, de forma a garantir um desfecho favorável para ambos.” (Campos, 2011)

A resolução de emergências obstétricas envolve um grande trabalho de equipa, exigindo dos profissionais não somente os conhecimentos teóricos como também habilidades técnicas e uma capacidade comunicativa e de liderança, para garantir a distribuição adequada e a concretização eficaz das tarefas por parte de todos.

As ocorrências foram:

- a) Grávida de 29 anos, idade gestacional (IG) 32semanas +4 dias, índice obstétrico (IO): 1001, grupo sanguíneo O Rh +, gravidez sem intercorrência, fumadora, trazida pelos bombeiros por hemorragias do 3º trimestre.
Foi feita imediatamente a ecografia que confirmou o diagnóstico de **descolamento major da placenta**.
Esta situação define-se como sendo uma separação entre o córion e a decídua que atinge uma área relativamente grande para condicionar a oxigenação do feto, conduzindo à **hipóxia fetal**.

Deve ter em conta a dimensão da, que pode concionar a circulação sanguínea da mãe e deste modo, agravar a oxigenação do feto.



Sintomas e sinais: dor abdominal súbita, a defesa à palpação, útero de consistência pétrea, a hemorragia vaginal, as alterações hemodinâmicas maternas e frequentemente o primeiro sinal é a desaceleração prolongada da frequência cardíaca fetal (FCF).

Actuação:

Ouviu-se o toque do alarme e foi anunciado pela médica, com voz sonante e clareza, que era um “descolamento para o Bloco”.

Foi importante a colaboração do enfermeiro que liderou a equipe de enfermagem e de auxiliares de acção médica, dividindo as tarefas.

Chamou-se o anestesista e o pediatra.

Uma enfermeira preparou os fármacos protocolados para a anestesia geral. A outra enfermeira verificou o plano do RN (aspirador, ventilador “*neopuff*”, oxigénio,

laringoscópio, material para a colocação de cateterismo umbelical) enquanto a AAM trazia a incubadora de transporte.

Em poucos minutos estava tudo pronto para iniciar a cesariana para extracção do feto. Apesar da prematuridade do RN e da gravidade da situação, teve o índice de Apgar: 7/9, sendo transportado para a Unidade de Neonatologia.

Reflexão:

O meu primeiro instinto foi de correr para o bloco operatório (BO), mas percebi que o meu orientador foi atender a emergência e eu seria mais útil se ficasse em retaguarda, assegurando a vigilância das grávidas que nos tinham sido destinadas.

Assim que pude fui ao BO, pois este era um momento de aprendizagem que eu não queria perder.

Uma das coisas que ainda pude observar foi o trajecto que o sangue deixara nos membros inferiores da mulher. Na presença de hemorragia vaginal, a quantidade de sangue perdido ajuda-nos a avaliar de forma rápida a dimensão do descolamento.

Aspectos a reter: 1 - a importância do ensino à grávida sobre os sinais de alerta; 2 - devemos estar sempre atentos ao que se passa à nossa volta; 3 - o espírito de equipa são cruciais para a rápida resolução da situação.

- b) Grávida de 22 anos, IG: 41 semanas + 1 dia, IO: 0000, internada no serviço de internamento da Obstetrícia A para indução de trabalho de parto, grupo sanguíneo A Rh +, serologias negativas, estreptococos B positivo no exsudado vaginal/rectal.

Fez a indução com misoprostol às 11h30, e foi transferida para o bloco de partos às 19h30 por **hipercontractilidade uterina**, apresentava bolsa de águas intacta (BAI), colo rijo, centrado, com 3 cm dilatação, tinha iniciado a antibioterapia profiláctica às 18h30.

À chegada ao BP, recebi a grávida e detectou-se imediatamente uma desaceleração prolongada, avisei de imediato ao meu orientador, foram feitas manobras e posicionamentos para facilitar a circulação aórtica da grávida/ perfusão uteroplacentária + oxigénio a 8 litros/minuto + Lactato de Ringer em bólus.

Estas intervenções não foram eficazes na redução da contractilidade, então fez rotura artificial de bolsa de águas (RABA) e algaliou-se a parturiente com o intuito de reduzir a pressão abdominal. Colocou-se monitorização interna da FCF.

De modo a efectuarmos uma boa avaliação da situação, para além dos registos do cardiotocógrafo é importante fazer uma boa observação da grávida, olhar para o abdómen, sentir o momento da contracção, acalmar a parturiente e tomar medidas para a redução da dor.

Chamou-se a anestesia para fazer a analgesia sequencial, alertando para a hipercontractilidade/ desacelerações prolongadas e possível cesariana de urgência. Nas situações de hipercontractilidade uterina o intervalo entre as contracções pode não ser suficiente para restabelecer o equilíbrio na troca gasosa, comprometendo a oxigenação tecidual fetal.

Após a analgesia, a parturiente manteve-se queixosa e ocorreu novamente uma desaceleração prolongada, chamou-se a equipa médica. Simultaneamente pode-se observar o **anel de Bandl**. Este foi o momento decisivo para avançar para a cesarina de urgência.

Reflexão:

Um dos primeiros alertas do meu orientador, no início do meu estágio, foi sobre a importância das manobras de Leopold para localizar a situação e apresentação fetal e ouvirmos a FCF assim que recebemos a grávida.

Foi realmente esta forma de actuação que permitiu que eu detectasse precocemente o momento da desaceleração, tendo a certeza que estava a registar a FCF e não os batimentos cardíacos da mãe.

Transmiti ao meu orientador a minha preocupação e resolução de que esta grávida devia estar sempre acompanhada por um profissional, com a qual ele concordou assumindo ele a vigilância da grávida e orientando-me na actuação/ procedimentos.

O primeiro obstáculo foi o local de punção que numa situação de urgência é importante ter uma boa perfusão da veia, foi necessário puncionar noutro local.

Como aluna senti-me segura, sabendo que o orientador valorizou a minha avaliação e desencadeou todo o processo de actuação para a resolução deste caso, chamando a equipa

médica e avisando as AAM para estarem por perto e ter o BO pronto caso houve necessidade de se realizar uma cesariana.

O compasso de espera é muito enervante, realmente o que me passou pela mente foi a precipitação para realização da cesariana que só aconteceu às 20h50. Mas muitas vezes é possível reverter a situação, e a calma e ponderação advêm do treino/ experiência em emergências obstétricas.

Nesta situação, apercebi-me do aspecto negativo da má preparação da equipa mais alargada. Tivemos que utilizar outro BO que não estava preparado para uma emergência, tendo-se iniciado a cesariana com o material mal preparado, pois não tinha sido verificado, o que aumentou ainda mais o *stress* da equipa.

Uma das minhas lacunas foi a falta de experiência em BO.

A reter: Segundo Campos (2011) a grande maioria das situações de hipercontratibilidade uterina são de origem iatrogénica, causadas pela utilização de ocitocina ou prostaglandinas, a incidência de hipóxia fetal é muito variável. A hipercontractilidade pode também manifestar-se espontaneamente em grávidas com descolamento parcial de placenta ou com infecção miometrial grave.

É importante manter uma vigilância contínua nestas situações e manter a calma para conduzir as actuações adequadas.

- c) Grávida de 35 anos; IG: 38s + 3d; IO: 1011, antecedentes: diabetes tipo 1 (a fazer insulina lenta 2x/dia, insulina rápida em SOS), obesidade (altura-160 cm: 125 Kg); alérgica ao ácido acetilsalicílico; serologias: Hepatite B positivo; estreptococos B negativo no exsudado vaginal/rectal. Ecograficamente feto com percentil >90. Fez indução do trabalho de parto às 14h30 com ¼ comprimido de misoprostol jugal. Aquando da dilatação completa foi avisada a equipa médica para estar pronta para actuar, caso fosse necessário.
- O período expulsivo foi complicado, inicialmente seria eu que iria conduzir o parto, mas logo nos apercebemos que teria de ser alguém muito experiente para evitar mais uma ida de emergência para o BO.

Actuação:

Foi anunciado a “**Distócia de ombros e apresentação direita anterior**” e todos os mecanismos foram desencadeados. Chamaram a equipa médica e os pediatras.

Saber a apresentação é importante para posicionar o profissional que vai efectuar as manobras.

Fez-se a manobra de McRobert + pressão suprapúbica + manobra de Wood reverso.

A parturiente foi informada sobre as manobras e da possível consequência para o RN, a **lesão do plexo braquial**.

Para além da episiotomia, houve uma laceração mediana do períneo de grau 2, a parturiente apresentava tecidos muito friáveis.

A dequitação foi natural com membranas aparentemente completas. Útero bem contraído, em curso tinha 30 UI de ocitocina em perfusão intravenosa.

Reflexão:

Apesar de ter participado na formação sobre a “Distócia de ombros” e praticado no manequim, penso que ter participado na experiência ajudou-me a ter uma perspectiva mais realística sobre esta emergência.

A equipa em princípio tem 7 minutos para resolver esta situação e as manobras devem seguir uma sequência lógica que acompanha os movimentos do feto no período expulsivo.

Para mim, os minutos pareciam que passavam muito lentamente - a saída da cabeça, a rotação, a saída do ombro anterior, o agachamento do enfermeiro que conduzia o parto (ajoelhou-se para manter o seu equilíbrio), a verbalização das manobras, tudo fazia sentido, pois estava mentalmente a relembrar o que já tinha aprendido. Quando saiu o ombro posterior, foi uma grande sensação de alívio e de alegria, que penso que também foi partilhada por todos presentes na sala.

A equipa enfermeiro especialista/ médica obstetra tinham muito treino, coordenando as manobras com grande eficácia, concretizando o parto eutócico.

Esta foi uma grávida que acompanhamos durante uma tarde e com quem conseguimos estabelecer uma relação terapêutica, ela não era uma pessoa muito faladora. Pelo de facto de termos explicado antecipadamente o que poderia vir a acontecer dando *feed-back* á medida que a situação evoluía, ela verbalizou que depositava a total confiança na equipa e isto foi dito de forma sentida, credível.

Quando se ultrapassam momentos difíceis, e sentimos que todos colaboramos como uma equipa, incluindo a parturiente, é realmente muito gratificante.

A parte negativa do parto, foi a presença de fezes abundantes intraparto, com futura EESMO penso que é muito importante manter o procedimento de limpeza da ampola rectal antes de induzir o parto ou numa fase inicial do trabalho de parto.

Neste caso, o enema de limpeza (Microlax) era de extrema importância, uma vez que a parturiente era portadora de hepatite B e o RN ficou conspurcado com as fezes da mãe, aumentando o risco de infecção, isto apesar de se ter trocado de campo várias vezes.

Também para os profissionais presentes foi muito desagradável o cheiro a fezes na sala.

A reter:

O treino das habilidades técnicas e comunicacionais são cruciais na equipa.

A utilização correta das manobras para garantir a sua eficácia na distócia de ombros: manobra de McRobert, pressão suprapúbica, seguida de Wood reverso.

- d) Trinta minutos após o parto apresentado na alínea c), enquanto a puérpera aguardava para ser transferida para o recbro, verificou-se Hemorragia aumentada.

“A hemorragia pós-parto permanece como uma causa importante da mortalidade materna, mesmo nos países desenvolvidos.” (Campos, 2011)

Pela distócia de ombros relatada anteriormente, esta hemorragia sugeria 2 possibilidades de diagnóstico: atonia uterina ou traumatismo do tracto genital, ambas causadas pela macrosomia fetal (RN pesava 4180 g). Esta situação foi identificada como sendo uma **atonia uterina**, ou seja, uma **Emergência Hemorrágica do pós-parto**.

Actuação:

Comum a todas a emergências, estabelecer e verbalizar de forma clara o diagnóstico a toda a equipa multidisciplinar. É importante pedir apoio, devem estar presentes 2 EESMO, o médico obstetra e o anestesista. Certificar que o BO encontra-se operacional. Controlar a volémia (soluções cristalóides - LR) e saturação do oxigénio estável (oxigénio a 8 l /min). Avaliação constante dos sinais vitais, monitorizar o débito urinário (algaliação).

Colocação de um segundo acesso venoso de grande calibre. Colheita de sangue para exames laboratoriais (hemograma, estudo da coagulação, ionograma, função hepática e renal) + urina, no HFF é chamado protocolo II.

Resolução da causa da hemorragia: massagem uterina externa + confirmação ecográfica da ausência de restos placentares+ compressão bimanual do fundo do saco anterior e vaginal, que neste caso reduziram as perdas

Manteve a ocitocina + 5 comprimidos de misoprostol rectal + reavaliação do canal de parto, colocação de compressa oxigenada na vagina.

Paracetamol endovenoso + antibioterapia (o parto difícil com presença de fezes, as manobras e a administração de medicação uterotónica podem causar dor intensa e risco de infecção no puerpério).

Reflexão:

Foi importante estar atento à possibilidade de ocorrer uma hemorragia pós-parto.

Passei de um momento de grande satisfação para uma grande ansiedade, aliada ao cansaço, penso que este misto de sensações era comum a toda a equipa.

Nestes momentos, dispararam os níveis de adrenalina e cá vamos nós mais uma vez.

Transferimos a puérpera às 22h50, ainda faltava fazer as notas das ocorrências.

Utilizei o computador do quarto da puérpera que estava sozinha, pois já não havia vagas no recobro de puérperas, ela estava também ansiosa pois o RN encontrava-se na Neonatologia. Era importante acalmar esta mãe.

Quando cheguei a casa já bem depois da hora de costume, apesar de estar exausta, foi difícil adormecer, tinha sido um turno cheio de emoções e de grande aprendizagem e era importante relembrar e memorizar todos os sinais de alerta, todas actuações e habilidades técnicas ali executadas.

Conclusão

Devemos criar o hábito de fazer simulações de emergências obstétricas com a equipa multidisciplinar. A aquisição e solidificação destas competências técnico-científicas ajudar-nos-ão em situações reais. Detectar precocemente as situações e actuar com segurança terá como resultados ganhos para todos, tais como, a redução dos desfechos perinatais adversos, aumenta a nossa satisfação e auto-estima, aumenta a satisfação das mulheres / famílias que cuidamos.

BIBLIOGRAFIA

CAMPOS, D.; SILVA, I.; COSTA, F – **Emergências Obstétricas** – Lisboa: Lidel, 2011, ISBN: 978-972-757-680-7

APÊNDICE VI

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM II

DIÁRIO DE APRENDIZAGEM II EM CONTEXTO DE BLOCO DE PARTOS

Para mim esta reflexão serve de contributo para a minha prática futura, só faz sentido se ao descrever uma situação conseguir tirar uma lição dos acontecimentos.

Neste segundo Diário de Aprendizagem gostaria de registar uma situação que me perturbou muito.

Estava quase de saída de vela, eram 7h.15 da manhã, quando recebi uma grávida de 25 anos, índice obstétrico:0000, idade gestacional: 39 semanas+ 4 dias, com ruptura espontânea de membranas (REBA) das 6h da manhã deste dia, líquido amniótico claro, colo posterior permeável a 2 dedos. Ela trazia consigo o seu Boletim de grávida, que não estava devidamente preenchido, faltavam alguns dados.

Estava a ser seguida no Hospital D. Estefânia (HDE), e tinha toda a sua história clínica no seu processo hospitalar. A Sra. C transmitiu-nos que as análises feitas estavam todas normais e que também já tinha feito a colheita do exsudado vaginal que estava normal. Ela estava a ser seguida naquele hospital desde a nascença, entre outros problemas tinha como antecedentes pessoais: retinopatia congénita e cegueira.

A Sra. C, aquando da REBA, encontrava-se sozinha em casa, tendo chamado os bombeiros, e na sua ansiedade esqueceu-se de informar aos bombeiros que deveria ser transportada para o HDE. Quando aqui chegou é que se apercebeu onde estava e este facto contribuiu para aumentar a sua ansiedade, visto que no HDE já conhecia a equipa multiprofissional e o espaço já lhe era mais familiar.

Esta grávida quando eu a recebi estava em pânico, já tinha telefonado ao marido que estava a trabalhar em horário nocturno. Por uma questão ética, a Sra. C não podia assinar o consentimento informado e teríamos que esperar que o marido chegasse para que ele lhe lesse o documento.

Quando recebi a Sra. C apresentei-me, explicando-lhe que enquanto profissionais estaríamos ali para ajudá-la no que fosse preciso, expliquei-lhe o protocolo/procedimentos de internamento, e a importância e lógica das intervenções e cuidados que iria prestar. Amarrei o cabo da campainha à cama e coloquei-a por debaixo da almofada.

Sempre estive sensibilizada para as pessoas com deficiência, tentei imaginar como seria se eu não visse o que se passava à minha volta, então preocupei-me em ir relatando tudo o via, dialogando com a grávida, comentando sobre o que fazia e o que iria fazer de seguida. Este comportamento pareceu surtir o efeito desejado. Entretanto chegou um elemento da equipa médica que não se apresentou, cumprimentando-a apenas e pediu-lhe para se posicionar na marquesa para ser observada.

A Sra.C começou novamente a ficar muito ansiosa, e o diálogo entre elas ficou muito tenso, a médica demonstrava impaciência e a utente pedia algum tempo para se acalmar. Eu nessa altura intervim em prol da grávida, tentando acalmá-la, falando com a médica em linguagem gestual pedindo-lhe tempo.

Expliquei à Sra. C onde é que deveria colocar as suas pernas, como é que ela poderia ficar mais confortável e que utilizaríamos a lidocaína em gel para fazer a observação. Continuei explicando o que a médica faria de seguida, quando a grávida relaxou o exame foi feito sem muita demora, aproveitando também para fazer a colheita do exsudado vaginal para pesquisa de estreptococos B, correu tudo bem e a médica também mudou de comportamento. Explicou-lhe que pelo facto de lhe faltarem algumas análises seria necessário fazer uma colheita de sangue, explicou que para não perdermos tempo eu iria colher o sangue antes de ela assinar o consentimento informado.

Ela concordou, entretanto, estava na altura da passagem de turno, apresentei-lhe a minha substituta. Fui para casa pensando naquela grávida, como é que deveria estar a sentir-se naquele meio entre estranhos, que não lhe era familiar. "será que ela tinha receio do seu bebé ter uma deficiência"... "como deveria ser triste nunca poder ver o seu filho", "como é que seria feito aquele TP" e "se os factores psicológicos não iriam interferir com a progressão do TP".

A primeira coisa que fiz quando regressei ao local de estágio, foi de ir procurar no livro de registos, o desfecho deste parto. Tinha sido uma cesariana por paragem de progressão do TP às 18h 30. Alguém viu-me a pesquisar este desfecho e comentou que a Sra. C era uma pessoa muito perspicaz, que mudou radicalmente o seu comportamento quando o marido chegou, ficando calma e colaborante. Antes de ela subir para o internamento do Puerpério, fez questão de transmitir a sua vivência durante o TP, relatou os eventos mais marcantes e diferenciou os cuidados prestados sabendo exactamente quem os tinha prestado, distinguindo as atitudes e criticou os profissionais pelo facto da maioria não se ter identificado quando lhe vinham prestar cuidados.

Na nossa prática, nunca nos poderemos esquecer das questões de ética como parte integrante do Cuidar, devemos estar despidos para a diferença e adequar as nossas atitudes às necessidades da mulher.

Quando seguimos o protocolo, por exemplo, esperar pelo marido para garantir à grávida que ela assinou o documento certo, não devia ser apenas por ser uma imposição da Comissão de Ética do HFF, mas sim pelo Respeito pela pessoa que estamos a cuidar, isto implica que devemos cuidadosamente elaborar um plano de cuidados que contemple estratégias para promover cuidados de qualidade centrados na pessoa.

Apesar de estar sensibilizada para tratar de utentes com deficiência, eu não consegui ser suficientemente integradora da grávida no seu novo ambiente. Tinha tempo para "mostrar" o

quarto e deveria ter-lhe dado essa oportunidade, nomeadamente, para que a Sra. C percebesse onde se encontravam as perneiras.

Penso que a minha intervenção paternalista não ajudou a grávida limitando o seu direito de autonomia, sendo este um dos princípios éticos que regem a minha prática. Sem dúvida este episódio servirá para melhorar futuras intervenções.

APÊNDICE VI

FOLHETO PARA OS PROFISSIONAIS SOBRE A CULTURA CHINESA

Departamento de Mulher - Obstetrícia	INFORMAÇÃO	Departamento de Mulher - Obstetrícia
 <p>CUIDADOS PUERPERAIS NA POPULAÇÃO CHINESA</p> <p>Adaptação Contemporânea Ao Modelo Tradicional Milenar</p> <p>O respeito pela diferença e a aceitação das culturas das populações indígenas são um desafio para os profissionais de saúde.</p> <p>Esses saberes e costumes são por nós acolhidos e integrados na nossa busca de excelência na prestação de cuidados.</p> 	<p>Nas suas crenças chinesas, o Puerpério é considerado como uma perda de <i>yin</i> (yang), o que deixa o corpo com a sua energia (qí) debilitada e vulnerável à doença.</p> <p>AS QUESTÕES MAIS FREQUENTES NO PUERPERIO</p> <p>O repouso - <i>tao yue zi ou tao yue-cha</i> Neste período, o repouso deve ser incentivado, ou seja, mas não deve permanecer no leito; deve-se aliviar a mãe (puerpéra) das tarefas diárias pesadas, para promover o equilíbrio do seu qí e fortalecer os laços com o bebé e familiares.</p> <p>O Vento - Na gravidez todo o corpo imunde, há um relaxamento das articulações e ligamentos que deixam espaços entre as articulações, é importante evitar o vento frio, o que poderá fazer-lhe, quando estiver no exterior, através de roupas e calçado adequados as diferentes condições do ar, de modo a prevenir lesões e, futuramente, prevenir as artroses.</p> <p>A habitação deve ser adequadamente ventilada para manter o ar limpo e fresco.</p>	<p>A Higiene e Conforto – a temperatura da puerpéra é mais elevada devido as alterações hormonais, assim, o calor emanado sobre os poros da pele, e a perspiração provocada pode ser muito desconfortável.</p> <p>A puerpéra precisa de se lavar diariamente, e quando lavar os cabelos deve secá-los imediatamente logo de seguida e vestir-se, pois o molhamento poderá causar dor no pescoço e ombros.</p> <p>Acomoda-se banhos curtos de chuveiro, 5-10 minutos, com água morna 34-36°C, temperatura ambiente 20-23°C.</p> <p>Para o bebé</p> <p>Alimentação – No passado as chinesas consumiam poucos produtos lácteos, muitas têm intolerância à lactose, por isso durante a gravidez e após o parto, as mulheres tinham uma deficiência em cálcio, o que causava as osteoporoses na velhice.</p> <p>Actualmente, para a puerpéra, a escolha de uma dieta equilibrada rica em vitaminas e fibras, que consiste em - água, leite e derivados, carne, peixe, ovos, vegetais e fruta - irá contribuir para:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ajudar na recuperação do seu corpo;

Departamento de Mulher - Obstetrícia	INFORMAÇÃO	Departamento de Mulher - Obstetrícia
<ul style="list-style-type: none"> Ajudar na produção do leite materno; Aumentar a capacidade para resistir às infecções; As filhas regulam o trânsito intestinal, ajudando na recuperação de toda a região perineal <p>O aleitamento materno – Durante o <i>tao yue zi</i> a amamentação traz benefícios para a mãe, ajudando-a na regressão e limpeza do útero e ao retorno do equilíbrio do corpo.</p> <p>É a forma mais fácil e adequada para alimentar o seu bebé, o colostro (1º leite) tem aspecto mais aguado (leite materno contém tudo o que o bebé precisa).</p> <p>O aleitamento materno pode ser exclusivo desde o nascimento até aos 6 meses.</p> <p>Os bebés alimentados ao peito têm menos problemas digestivos, menor risco de infecções como gastroenterites, otites e bronquites e também estão mais protegidos das alergias.</p> <p>Não dá água ou outros alimentos no intervalo das mamadas.</p>	<p>O bebé alimentado ao peito tem fezes líquidas ou pastosas, amareladas mas que podem ficar verdes expostas ao ar.</p> <p>O "Choro" do bebé – O choro do bebé é causador de ansiedade aos pais e familiares. Esta é uma forma do bebé comunicar o seu desconfortamento.</p> <p>Nem sempre o bebé chora com fome, o bebé pode ter cólicas, pode ter frio ou calor, pode demonstrar irritação se tiver muito estímulos/ barulho à volta.</p> <p>Rigidez ao trabalhar – Esta é um desafio que pode afectar as mães e a produção do leite materno.</p> <p>Dê de mamar sempre que estiver com a sua criança.</p> <p>Depois das mamadas extraia leite para congelar, em pequenos sacos apropriados, desta maneira poderá conservá-lo entre 3-3 meses.</p> <p>O seu bebé poderá ser alimentado por familiares com o seu leite, por isso ou híbrido, sempre que tiver que se ausentar para o trabalho.</p>	 <p>Elaborado por:</p> <p>Enfª Mariana Correira</p> <p>Enfª Deolinda Wennberg (aluna do CMESMO – PSEI)</p>  <p>Contatos úteis:</p> <p>Linha de trabalho telefónica: 2130.06.100</p> <p>Mãe Mãe: 21.4532619</p> <p>Contatos de Serviço:</p> <p>Obstetrícia A: 2143.46.807</p> <p>Obstetrícia D: 21.4549.608</p>